



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**  
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ  
Πανεπιστημιούπολη Γάλλου,  
74100 – Ρέθυμνο

**Γνωστικό πεδίο: ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ**

## **ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ:**

Η Κατασκευή και η Ψυχομετρική Αξιολόγηση του  
Διαγνωστικού Ερωτηματολογίου Προσωπικότητας (ΔΕΠ-5)  
κατά DSM-5 στον ελληνικό πληθυσμό

*Επιβλέπων Καθηγητής:* Τσαούσης Ιωάννης

*Τριμελής Επιτροπή:*

**Τσαούσης Ιωάννης**, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχομετρίας, Τμήμα Ψυχολογίας  
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

**Στογιαννίδου Αριάδνη**, Καθηγήτρια Ψυχολογίας, Τμήμα Ψυχολογίας,  
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Δουζένης Αθανάσιος**, Καθηγητής Ψυχιατρικής-Ψυχιατροδικαστικής, Ιατρική  
Σχολή ΕΚΠΑ

Ρέθυμνο, 2023

**Copyright** © Χριστόφορος Θωμαδάκης, 2023

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Πανεπιστημίου Κρήτης.



## **Τίτλος Διδακτορικής Διατριβής:**

Η Κατασκευή και η Ψυχομετρική Αξιολόγηση του  
Διαγνωστικού Ερωτηματολογίου Προσωπικότητας (ΔΕΠ-5)  
κατά DSM-5 στον ελληνικό πληθυσμό

*Ονοματεπώνυμο διδάκτορα: Θωμαδάκης Χριστόφορος*

*Αριθμός Μητρώου : 169*

Διατριβή, η οποία υποβλήθηκε προς απόκτηση διδακτορικού τίτλου  
σπουδών στο Πανεπιστήμιο Κρήτης,  
Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Ψυχολογίας

Ρέθυμνο, 2023

## Περίληψη

Η ανάγκη για την κατανόηση της ψυχοπαθολογίας έχει απασχολήσει δεκαετίες την επιστημονική κοινότητα καθώς προσπαθεί να δώσει πειστικές και επαρκείς απαντήσεις σε πλήθος ερωτημάτων που σχετίζονται με τις επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία του πληθυσμού. Σχεδόν σε όλο το φάσμα των παθολογικών φαινομένων με τα οποία ασχολείται η ψυχοπαθολογία, η πολυπλοκότητα και η ετερογένεια τους αποτελούν τη μεγαλύτερη δυσκολία αλλά και πρόκληση για την αποτελεσματική κατανόησή τους. Μεταξύ αυτών των παθολογικών φαινομένων, οι διαταραχές προσωπικότητας αποτελούν ίσως το πιο διαχρονικά πολυσυζητημένο και αμφιλεγόμενο αντικείμενο μελέτης της ψυχοπαθολογίας.

Μέχρι σήμερα, αρκετά θεωρητικά μοντέλα έχουν αναπτυχθεί και έχουν προσπαθήσει να περιγράψουν τις διαταραχές προσωπικότητας. Για παράδειγμα, το κατηγορικό μοντέλο, το διαστατικό, το μοντέλο RDoC, και το μοντέλο HiTOP, αποτελούν διαχρονικές αλλά και πιο σύγχρονες προσπάθειες οργάνωσης και ταξινόμησης των διαταραχών προσωπικότητας μέσα στο γενικότερο φάσμα της ψυχοπαθολογίας. Κοινό σημείο στην πλειοψηφία αυτών των θεωρητικών μοντέλων είναι η ιεραρχική τους οργάνωση (ανώτεροι τομείς-κατώτερες διαστάσεις) και η ανίχνευση-αξιολόγηση των δυσλειτουργικών συμπεριφορών και τάσεων του ατόμου. Ωστόσο, η ανάπτυξη και τεκμηρίωση των διαφόρων θεωρητικών μοντέλων αποτελεί μια μακρόχρονη διαδικασία που απαιτεί διαρκώς νέες μελέτες με νέα ερευνητικά δεδομένα.

Για το σκοπό αυτό, η ανάγκη κατασκευής αντίστοιχων ψυχομετρικών εργαλείων υπήρξε επιτακτική ανάγκη, προκειμένου τα θεωρητικά μοντέλα ερμηνείας των διαταραχών προσωπικότητας να παραμείνουν αποδεκτά και εφαρμόσιμα. Ειδικά και προκειμένου για την επιστημονική τεκμηρίωση τους, τα ψυχομετρικά εργαλεία αξιολόγησης διαταραχών προσωπικότητας κατασκευάζονται με σύγχρονες και πολύπλοκες ψυχομετρικές μεθόδους που τα

καθιστούν έγκυρα και αξιόπιστα και συνεπώς διαθέσιμα προς ευρεία χρήση. Για παράδειγμα, η τεχνική της ανάλυσης των παραγόντων (EFA-CFA), αλλά και πιο σύγχρονες και απαιτητικές τεχνικές όπως η διερευνητική μοντελοποίηση δομικών εξισώσεων (exploratory structural equation modeling-ESEM) είναι σε θέση να αναδείξουν ισχυρά ψυχομετρικά εργαλεία αξιολόγησης διαταραχών προσωπικότητας.

Την τελευταία δεκαετία με την αναθεώρηση του DSM-5 το 2013, μια νέα θεωρητική προσέγγιση ήρθε να αλλάξει τον τρόπο αντίληψης των διαταραχών προσωπικότητας. Το εναλλακτικό μοντέλο διαταραχών προσωπικότητας (EMΔΠ) είναι μια νέα διαστατική αντίληψη για τη φύση, την οργάνωση και ταξινόμηση των διαταραχών προσωπικότητας που τις τοποθετεί στο συνεχές της φυσιολογικής προσωπικότητας ως ακραίες εκφάνσεις της. Κυρίαρχο θεωρητικό μοντέλο οργάνωσης της υπήρξε το μοντέλο των πέντε παραγόντων (ΜΠΠ). Κατά αντιστοιχία με το ΜΠΠ, οι διαταραχές προσωπικότητας στο EMΔΠ οργανώνονται με ένα ιεραρχικό τρόπο σε 5 ανώτερους τομείς και 25 κατώτερα facets (πτυχές) που ενσωματώνουν το εύρος των δυσλειτουργικών συμπεριφορών που χαρακτηρίζουν τις διαταραχές προσωπικότητας. Για την ψυχομετρική αξιολόγηση του EMΔΠ, η ομάδα εργασίας αναθεώρησης των διαταραχών προσωπικότητας του DSM-5 ανέπτυξε το διαγνωστικό ερωτηματολόγιο PID-5 (Personality Diagnostic Inventory for DSM-5). Από την έκδοση του DSM-5 το 2013 και μέχρι σήμερα πλήθος ερευνών έχουν υιοθετήσει και έχουν μελετήσει το EMΔΠ σε διάφορους πληθυσμούς (γενικός, κλινικός, έφηβοι) καθώς και σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια.

Η ανάπτυξη ενός εργαλείου αξιολόγησης των διαταραχών προσωπικότητας σύμφωνα με το EMΔΠ στον ελληνικό πληθυσμό αποτελεί τον κύριο κορμό της παρούσας διδακτορικής διατριβής. Αποτελεί την πρώτη προσπάθεια κατασκευής ενός ερωτηματολογίου εξ' ολοκλήρου στην ελληνική γλώσσα με σκοπό την ανάδειξη του EMΔΠ και την επιβεβαίωσή του στο

υπάρχον πολιτισμικό πλαίσιο. Ταυτόχρονα, αποτελεί και μια πρώτη ψυχομετρική πρόκληση για την ελληνική ερευνητική βιβλιογραφία, αφού συνδυάζει παραδοσιακές κατασκευαστικές μεθόδους, όπως η ανάλυση παραγόντων (EFA-CFA) αλλά και πιο σύγχρονες και πολύπλοκες, όπως η διερευνητική μοντελοποίηση δομικών εξισώσεων (ESEM).

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τόσο διαδικτυακά (πλατφόρμες μέσω κοινωνικής δικτύωσης) όσο και δια ζώσης σε ελληνικό δείγμα πληθυσμού. Συνολικά οι συμμετέχοντες στην έρευνα ξεπέρασαν τα 1400 άτομα, καθώς εκτός από την κατασκευαστική φάση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκαν και μια σειρά από μελέτες αξιοπιστίας και εγκυρότητας για τις ψυχομετρικές ιδιότητες του νέου εργαλείου. Με την ολοκλήρωση των αναλύσεων, η εφαρμογή της τεχνικής ESEM επιβεβαίωσε τη σχέση του ΕΜΔΠ με το νέο εργαλείο, τεκμηριώνοντας ουσιαστικά την ιεραρχική δομή του (5 ανώτεροι παράγοντες και 25 κατώτερες διαστάσεις). Ταυτόχρονα, οι επιμέρους μελέτες αξιοπιστίας και (συγχρονικής, συγκλίνουσας, αποκλίνουσας και διακριτικής) εγκυρότητας επιβεβαίωσαν τόσο τη συνέπειά του στο χρόνο ως εργαλείο αξιολόγησης της προσωπικότητας, όσο και τη σχέση του με μια σειρά από άλλα σύγχρονα και ισχυρά εργαλεία από το χώρο της προσωπικότητας (ΜΠΠ-Μοντέλο Πέντε Παραγόντων, HEXACO, D-Factor, SPQ-Schizotypy Personality Inventory), όσο και με άλλα από τον ευρύτερο χώρο της ψυχοπαθολογίας (BSI-Brief Symptoms Inventory).

Με τον τρόπο αυτό, η παρούσα διδακτορική διατριβή επιχειρεί πρωτίστως να συνεισφέρει στη ολοένα και διαρκώς παραγόμενη έρευνα για την αξιοπιστία και εγκυρότητα του ΕΜΔΠ στα διάφορα πολιτισμικά πλαίσια κατά συνέπεια και του ελληνικού. Ταυτόχρονα, να αναδείξει ένα κατασκευαστικά σύγχρονο ψυχομετρικό εργαλείο με ισχυρά χαρακτηριστικά που θα βοηθήσει στην κλινική πράξη τους ειδικούς ψυχικής υγείας για μια στοχευμένη και αποτελεσματική αξιολόγηση και διάγνωση των διαταραχών προσωπικότητας.

## **Abstract**

The need for understanding psychopathology has been the main topic among the scientific community as it stimulates the interest in an attempt to provide adequate answers in a series of related consequences related to mental health issues among the general population. Among the spectrum of psychopathological entities that lies within the field of psychopathology, complexity and heterogeneity are among the highest difficulties but also the intriguing challenge when it comes to understand them. Among those, personality disorders are considered the most researched and confronting topic of study within psychopathology.

Until today numerous theoretical frameworks have been developed in an attempt to describe personality disorders. For example, the categorical model, the dimensional model, the RDoC, and recently the HiTOP model. These are all considered to be previous but also more recent attempts in organizing personality disorders with the psychopathology framework. A common framework in the majority of these models is considered their hierarchical structure (higher order domains-lower order facets) to address the maladaptive aspects of person's behavior. However, developing and validating such a breadth of theoretical models is rather a longitudinal process requiring constantly new scientific research.

Consequently, the need for the development of psychometric tools following such comprehensive and complicating models became a necessity. For that, personality inventories are to be developed through a series of complicating psychometric techniques to provide adequate psychometric properties. For example, factor analysis (EFA-CFA) and even more advanced complicated psychometric techniques such as exploratory structural equation modeling (ESEM) are applied in psychometric practice to present robust psychometric inventories for assessing personality disorders.

Over the last decade following the revision of DSM-5 in 2013 a new theoretical approach has emerged following a long-standing argument over the categorical representation of personality disorders in DSM. The alternative model of personality disorders (AMPD) is a new dimensional perspective for understanding and organizing personality disorders placing them at the opposite end of normal personality dimensions. Predominant theoretical model in organizing personality disorders has been the five-factor model (FFM). Following this perspective, personality disorders are organized in a hierarchical way within 25 lower facets and 5 higher order domains, enrapting the maladaptive characteristics within the personality disorders. For the assessment of AMPD, the DSM-5 task force has developed the Personality Diagnostic Inventory for DSM-5 (PID-5).

Research was conducted via internet through social media (facebook, twitter, Instagram) as well as in vivo administration solely in Greek population. In total, participants were more than 1400 Greek individuals from different areas of the country. Apart from the construction phase, four separate additional research phases were conducted to evaluate the psychometric properties (reliability and validity) of the new inventory. Final analyses have confirmed the successful application of ESEM in replicating the AMPD within the new inventory, thus verifying the hierarchical structure of the model (5 higher order domains and 25 lower facets). Conducting additional studies to test reliability and validity of the new instrument, have confirmed its psychometric properties. More than that, they have confirmed the relationship between the new instrument with a series of well-established and robust personality inventories (Big Five Model, HEXACO, D-Factor, SPQ-Schizotypy Personality Inventory), as well as with other general psychopathology inventories (BSI-Brief Symptoms Inventory).



The main target of this thesis has been the development of a new inventory for the assessment of personality disorders in the Greek cultural context following the AMPD. This is considered to be the first attempt in the Greek psychometric literature to address the AMPD in the Greek culture. More than that, it is considered a psychometric challenge as it tries to adopt and combine traditional factor analytic strategies (EFA-CFA) as well more sophisticated and advance methodology (ESEM).

As such, this PhD thesis is an attempt to contribute further towards the universal representation and validation of AMPD as a solid scientific framework for personality disorders and even more to provide clinicians and scientific research with a robust psychometric inventory as valuable tool in the effective assessment and diagnosis of personality disorders.

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

*Μακρύς, βαρύς και μερικές φορές ατελείωτος ο δρόμος, αλλά σε κάποιες στροφές που κάθεσαι να ξαποστάσεις καταλαβαίνεις ποιον έχεις δίπλα σου, και παίρνεις κουράγιο να συνεχίσεις... τον μοναχικό προσωπικό σου αγώνα.*

Θα ήθελα να ευχαριστήσω

τον επόπτη, μέντορα, φίλο και ιδιαίτερο υποστηρικτή και φροντιστή μου, Γιάννη, για την υπομονή, την κατανόηση, την καθοδήγηση και αστείρευτη γνώση που προσπάθησε να μου μεταφέρει,

Τους καθηγητές μου για την κατανόηση και τη συμπαράσταση που μου έδειχναν στα δύσκολα και απαιτητικά χρονοδιαγράμματα και προθεσμίες,

Τον φίλο και εξαιρετικό συνάδελφο Ευάγγελο Καραδήμα για την αμέριστη συμπαράσταση και υποστήριξη στα δύσκολά μου,

Και φυσικά τους γονείς μου, που με παρακολουθούσαν με κατανόηση και με αγάπη προσπαθούσαν να καταλάβουν γιατί μου συμβαίνει αυτό...

Σας ευχαριστώ για την παρέα σας στο ταξίδι μου...

## Περιεχόμενα

<b>Περίληψη</b> .....	<b>4</b>
Εισαγωγή .....	18
Σκοπός και Στόχοι της Διδακτορικής Διατριβής .....	22
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b> .....	<b>24</b>
1. 1. Ιστορική Αναδρομή των Αντιλήψεων για την Ψυχοπαθολογία.....	24
1.2. Η αναζήτηση της έννοιας της Ψυχοπαθολογίας.....	45
1.3. Αποκλίνουσα συμπεριφορά και ψυχικές διαταραχές.....	54
1.3.1. Προσεγγίζοντας την έννοια της αποκλίνουσας συμπεριφοράς.....	54
1.3.2. Προσπάθεια Ορισμού Κριτήριων στην Ψυχοπαθολογία.....	63
1.4. Ταξινομικά Ζητήματα στην Ψυχοπαθολογία.....	66
1.5. Διαγνωστικά Συστήματα και Μοντέλα στην Ψυχοπαθολογία.....	72
1.5.1. Το Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM, APA).....	75
1.5.2. Η Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (International Classification of Diseases, ICD, WHO).....	80
1.5.3. Το Νευροβιολογικό Σύστημα Οργάνωσης και Έρευνας της Ψυχοπαθολογίας (RDoC) του NIMH.....	85
1.5.4. Το Ιεραρχικό Ταξινομικό Σύστημα Οργάνωσης της Ψυχοπαθολογίας HiTOP.....	89
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b> .....	<b>93</b>
2. Προσωπικότητα και Ψυχοπαθολογία.....	93
2.1. Έννοια και Φύση των Διαταραχών Προσωπικότητας.....	94

2.2. Ταξινομικά Μοντέλα Διαταραχών Προσωπικότητας.....	97
2.2.1. Κατηγορικά Μοντέλα Διαταραχών Προσωπικότητας. ....	98
2.2.2. Διαστατικά Μοντέλα Διαταραχών Προσωπικότητας .....	103
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....</b>	<b>110</b>
3. Διαστατικά Μοντέλα Ψυχοπαθολογίας της Προσωπικότητας.....	110
3.1. Μοντέλα Ιεραρχικών Διαστάσεων των Δ.Π.....	111
3.1.1 Διαστατική Προσέγγιση με Βάση τις Υπάρχουσες Διαγνωστικές Κατηγορίες.....	113
3.1.2 Διαστατική Αναδιοργάνωση της Συμπτωματολογίας των ΔΠ.....	117
3.1.3 Μοντέλα Κοινών Κλινικών Φασμάτων Δυσλειτουργίας.....	122
3.1.4 Μοντέλα Ενσωμάτωσης Γενικής Προσωπικότητας με τις Διαγνωστικές Κατηγορίες των ΔΠ.....	125
3.2. Το Εναλλακτικό Διαστατικό Μοντέλο των ΔΠ (Alternative Model of Personality Disorders [AMPD]) του DSM-5.....	130
3.2.1 Η Λειτουργική Αξιολόγηση του ΕΜΔΠ: Το Διαγνωστικό Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του DSM-5 (Personality Inventory for DSM-5) .....	141
3.3. Το ελληνικό Διαγνωστικό Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας για το DSM- 5.....	150
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Εμπειρικές Μελέτες .....</b>	<b>155</b>
<b>1<sup>η</sup> Εμπειρική Μελέτη: Κατασκευή στοιχείων για το ΔΕΠ-5 .....</b>	<b>155</b>
4.1. Εισαγωγή .....	154

4.2	Πρώτο στάδιο: Λειτουργικοί Ορισμοί και Ανάπτυξη Στοιχείων του Ερωτηματολογίου .....	156
4.3.	Δεύτερο στάδιο: Φάσεις Ανάπτυξης και Αξιολόγησης των Στοιχείων του Ερωτηματολογίου .....	162
4.4.	Αποτελέσματα .....	166
4.5.	Συμπεράσματα Πρώτης Εμπειρικής Μελέτης .....	168
<b>2<sup>η</sup></b>	<b>Εμπειρική Μελέτη: Κατασκευή των Διαστάσεων του Ερωτηματολογίου .....</b>	<b>171</b>
5.1.	Εισαγωγή .....	171
5.2.	Πρώτο Στάδιο: Ανάπτυξη πρωτότυπων μοντέλων για τις 25 διαστάσεις .....	172
5.2.1.	Μέθοδος .....	172
5.2.1.1.	Συμμετέχοντες και Διαδικασία .....	172
5.2.1.2.	Εργαλείο .....	173
5.2.2.	Σχεδιασμός Ανάλυσης .....	173
5.3.	Δεύτερο Στάδιο: Διερεύνηση του μονοπαραγοντικού χαρακτήρα των 25 διαστάσεων .....	180
5.3.1	Μέθοδος .....	180
5.3.1.1	Συμμετέχοντες και Διαδικασία .....	181
5.3.2.2.	Εργαλείο .....	181
5.3.2	Σχεδιασμός Ανάλυσης .....	181
4.3.	Συμπεράσματα δεύτερης εμπειρικής μελέτης .....	191
<b>3<sup>η</sup></b>	<b>Εμπειρική Μελέτη: Διερεύνηση της Παραγοντικής Δομής των Διαστάσεων του ΔΕΠ-5 .....</b>	<b>193</b>
6.1.	Εισαγωγή .....	193

6.2. Μέθοδος .....	199
6.2.1. Συμμετέχοντες και Διαδικασία .....	199
6.2.2. Εργαλείο .....	199
6.3. Σχεδιασμός Ανάλυσης .....	200
6.4. Αποτελέσματα .....	204
6.5. Συμπεράσματα τρίτης εμπειρικής μελέτης .....	210
<b>4<sup>η</sup> Εμπειρική Μελέτη: Αξιολόγηση της Αξιοπιστίας και Εγκυρότητας του</b>	
<b>ΔΕΠ-5.....</b>	<b>213</b>
7. Εισαγωγή .....	213
7.1. Διερεύνηση της Αξιοπιστίας του ΔΕΠ-5 .....	215
7.1.1. Η Αξιοπιστία Επαναληπτικών Μετρήσεων .....	215
7.1.1.1. Συμμετέχοντες και Διαδικασία .....	215
7.1.1.2. Αποτελέσματα .....	216
7.1.2. Η Αξιοπιστία Εσωτερικής Συνοχής .....	217
7.1.2.1. Συμμετέχοντες .....	217
7.1.2.2. Αποτελέσματα.....	218
7.2. Διερεύνηση της Εγκυρότητας του ΔΕΠ-5.....	218
7.2.1. Συμμετέχοντες και Διαδικασία.....	218
7.2.2. Εργαλεία.....	220
7.3. Αποτελέσματα.....	223
7.3.1. Συγχρονική Εγκυρότητα του ΔΕΠ-5.....	223
7.3.2. Συγκλίνουσα και αποκλίνουσα εγκυρότητα του ΔΕΠ-5.....	225
7.3.3. Διακριτική Εγκυρότητα του ΔΕΠ-5.....	234

7.4. Συμπεράσματα τέταρτης εμπειρικής μελέτης.....	238
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Επίλογος – Συζήτηση .....</b>	<b>241</b>
<b>Βιβλιογραφία .....</b>	<b>267</b>
<b>Παράρτημα .....</b>	<b>340</b>

## Κατάλογος Πινάκων

<b>Πίνακας 1</b> Το πολυαξονικό σύστημα οργάνωσης των ψυχικών διαταραχών στο DSM....	77
<b>Πίνακας 2</b> Οι ομάδες των ΔΠ στο DSM-III .....	99
<b>Πίνακας 3</b> Η εξέλιξη των ΔΠ στις αναθεωρήσεις του DSM .....	100
<b>Πίνακας 4</b> Κριτήριο A του ΕΜΔΠ .....	131
<b>Πίνακας 5</b> Το Εναλλακτικό Μοντέλο Διαταραχών Προσωπικότητας του DSM-5 .....	133
<b>Πίνακας 6</b> Σχέση των 6 Διαταραχών Προσωπικότητας με το ΕΜΔΠ .....	137
<b>Πίνακας 7</b> Συνοπτική παρουσίαση των 5 τομέων (domains) και των 25 διαστάσεων του ΕΜΔΠ σύμφωνα με το DSM-5.....	161
<b>Πίνακας 8</b> Κατασκευή Στοιχείων Α', Β' και Γ' πιλοτικής εκδοχής ερωτηματολογίου ..	166
<b>Πίνακας 9</b> Δείκτης ICC για καθεμιά διάσταση Τελικής Πιλοτικής Εκδοχής Ερωτηματολογίου .....	168
<b>Πίνακας 10</b> Σύνοψη Ψυχομετρικών Χαρακτηριστικών των 25 Διαστάσεων του ΔΕΠ-5 .....	180
<b>Πίνακας 11</b> Δείκτες Μονοπαραγοντικότητας των 25 Διαστάσεων του ΔΕΠ-5.....	187
<b>Πίνακας 12</b> Ανάλυση Κύριων Συνιστωσών για τη διάσταση «Ανησυχία» .....	190
<b>Πίνακας 13</b> Ενδοσυσχετίσεις Στοιχείων Διάστασης «Ανησυχίας» με τις Υπόλοιπες Διαστάσεις .....	191
<b>Πίνακας 14</b> Δείκτες καλής εφαρμογής για τη Διάσταση Ανησυχία .....	192
<b>Πίνακας 15</b> Παραγοντικές Φορτίσεις των Διαστάσεων του ΔΕΠ-5 .....	206
<b>Πίνακας 16</b> Αποτελέσματα Ανάλυσης Μετρικής Ισοδυναμίας του ΔΕΠ-5 για το Φύλο .....	209
<b>Πίνακας 17</b> Μέσοι Όροι 5 Παραγόντων για τις Γυναίκες σε σύγκριση με τους Άνδρες .....	210
<b>Πίνακας 18</b> Cronbach's α και McDonald's ω για τις διαστάσεις και τους παράγοντες του ΔΕΠ-5 .....	217
<b>Πίνακας 19</b> Ενδοσυσχετίσεις μεταξύ των 25 Διαστάσεων ΔΕΠ-5 και του PID-5 .....	224
<b>Πίνακας 20</b> Αποτελέσματα Συγχρονικής Εγκυρότητας 5 Παραγόντων ΔΕΠ-5 και PID-5 .....	225
<b>Πίνακας 21</b> Αποτελέσματα Συγκλίνουσας-Αποκλίνουσας Εγκυρότητας 5 Παραγόντων ΔΕΠ-5 και ΤΕΧΑΠ .....	227



<b>Πίνακας 22</b> Αποτελέσματα Συγκλίνουσας-Αποκλίνουσας Εγκυρότητας 5 Παραγόντων ΔΕΠ-5 και HEXACO .....	229
<b>Πίνακας 23</b> Αποτελέσματα Συγκλίνουσας-Αποκλίνουσας Εγκυρότητας 5 Παραγόντων ΔΕΠ-5 και SPQ .....	231
<b>Πίνακας 24</b> Αποτελέσματα Συγκλίνουσας-Αποκλίνουσας Εγκυρότητας 5 Παραγόντων ΔΕΠ-5 και BSI .....	233
<b>Πίνακας 25</b> Ανάλυση Καμπύλης Λειτουργικού Χαρακτηριστικού Δείκτη μεταξύ κλινικού και μη κλινικού δείγματος .....	237

### **Κατάλογος Σχημάτων**

<b>Σχήμα 1</b> Το νευροβιολογικό σύστημα οργάνωσης και έρευνας της ψυχοπαθολογίας (RDoC) του NIMH .....	88
<b>Σχήμα 2</b> Το ιεραρχικό μοντέλο ψυχοπαθολογίας HiTOP .....	91
<b>Σχήμα 3</b> Μοντέλο ESEM 5 Παραγόντων για το ΔΕΠ-5 .....	205
<b>Σχήμα 4</b> Παράδειγμα Καμπύλης ROC .....	236

## **Η Ψυχομετρική Κατασκευή του Διαγνωστικού Ερωτηματολογίου Προσωπικότητας (ΔΕΠ-5) σύμφωνα με το DSM-5**

Η μελέτη της ψυχοπαθολογίας στο πλαίσιο των ψυχικών διαταραχών αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια που έχει απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα αρκετές δεκαετίες. Το ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την έρευνα και κατανόηση της έχει αποτελέσει ένα διαχρονικό στόχο και έχει προκαλέσει μεγάλη συζήτηση με ερωτήματα αιτιογένεσης, πρόγνωσης και θεραπείας της. Παρόλα αυτά, η προσπάθεια ανάδειξης ενός κοινά αποδεκτού ορισμού της δεν έχει μέχρι σήμερα επιτευχθεί (American Psychiatric Association [APA], 1994, Comer, 1995· Gorenstein, 1984· Rosenhan & Seligman, 1995· Wakefield, 1992). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργούνται σημαντικά κενά τόσο σε θεωρητικό όσο και σε εμπειρικό επίπεδο. Κενά τα οποία επηρεάζουν άμεσα τόσο την κατανόηση των μηχανισμών ανάπτυξης και εξέλιξης μιας ψυχικής διαταραχής όσο και τον προσδιορισμό κάποιων «γενικών» παραγόντων-εννοιών, όπως δυσλειτουργικότητα, απόκλιση, παραλογισμός, στατιστική απόκλιση, δυσφορία. Και όλα αυτά, σε συνδυασμό με κάποιο ψυχολογικό ή βιολογικό υπόβαθρο και με δεδομένη μια δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ τους (APA, 1994· Brenner, 1974· Carson et al., 1996· Cohen, 1981· Rosenhan & Seligman, 1995· Sedgwick, 1982· Wakefield, 1992).

Από επιστημονικής πλευράς, οι θεωρητικές προσεγγίσεις που προέρχονται από τις διάφορες χρονικές περιόδους της ανθρώπινης ιστορίας, αντιλαμβάνονται την ψυχοπαθολογία άλλοτε ως δυσλειτουργική συμπεριφορά (Wilson, 1995), άλλοτε ως απάντηση σε έντονο εσωτερικό δυσφορικό στρες (Beck, 1995), ως κοινωνική απόκλιση (Scheff, 1975), ή ως μια ενδοψυχική σύγκρουση σε ασυνείδητο επίπεδο (Brenner, 1974). Αυτή η πληθώρα των προσεγγίσεων και των επιμέρους εννοιών για τον ορισμό της ψυχοπαθολογίας καταλήγει τις περισσότερες φορές σε ένα ορισμό ουτοπικό, δυσνόητο ή ακόμα και χαοτικό. Ταυτόχρονα, η

αδυναμία ανάπτυξης και υιοθέτησης ενός ορισμού ικανού να καλύψει το εύρος του τί πραγματεύεται η ψυχοπαθολογία, εγείρει αναπόφευκτα και το ερώτημα της θεωρητικής της τεκμηρίωσης και κατά συνέπεια της κατανόησης και ταξινόμησης επιμέρους διαστάσεών της που ενδεχομένως προκύπτουν. Και όπως αναφέρθηκε παραπάνω, μία τέτοια κατάσταση εγείρει και ζητήματα κλινικής πρακτικής, τόσο εφαρμογής όσο και θεραπείας-πρόγνωσης, καθώς ελλείπει ορισμών ή εννοιών, πρακτικά καθίσταται αδύνατη η επικοινωνία μεταξύ ειδικών και πολύ περισσότερο ο θεραπευτικός σχεδιασμός.

Η αδυναμία απάντησης σε αυτά τα ζητήματα επιφέρει ένα σύνολο κοινωνικών και διαπολιτισμικών προβληματισμών αναφορικά με την κοινωνική συμπεριφορά, την ατομική αντίδραση, το στίγμα της νόσου για όποιον ενδεχομένως εμφανίζει στοιχεία ψυχοπαθολογίας και λογίζεται ως ασθενής (Szasz, 1974· Wakefield, 1992). Συνεπώς, η αδυναμία ανάδειξης ενός ορισμού για την ψυχοπαθολογία πέρα από τους κινδύνους που ελλοχεύει σε ένα ευρύ φάσμα, ταυτόχρονα καθιστά οποιαδήποτε κουβέντα και διάθεση για παραγωγική επιστημονική γνώση μια φιλοσοφική-αφηρημένη συζήτηση, πολύ μακριά από την πραγματική ανάγκη της κατανόησης της.

Ιδιαίτερη σημασία στις έννοιες που πραγματεύεται η ψυχοπαθολογία, είναι και αυτή της σχέσης της με την προσωπικότητα, παρόλες τις διαφορετικές θεωρητικές και ιστορικές τους αφετηρίες (Andersen, 2011). Από τη μια η προσωπικότητα, που με μια ευρεία έννοια, πραγματεύεται τον τρόπο σκέψης, συμπεριφοράς και συναισθημάτων του ατόμου, χαρακτηριστικά δηλαδή που διατρέχουν τη ζωή του διαχρονικά (Bouchard & McGue, 2003) και προσφέρουν πληθώρα ατομικών διαφορών στην ανθρώπινη υπόσταση (McCrae & Costa, 2003). Από την άλλη η ψυχοπαθολογία, που παρόλη την ετερογένεια της στην προσέγγιση του ορισμού της, πραγματεύεται το σύνολο των διαταραχών του συναισθήματος, της σκέψης και της

συμπεριφοράς του ατόμου στα εκάστοτε πολιτισμικά πλαίσια και κοινωνικές συνθήκες. Δυο έννοιες που ανάλογα την εποχή μελέτης άλλαξαν και είτε ήρθαν πολύ κοντά, είτε απομακρύνθηκαν, παραμένοντας ωστόσο δύσκολες και ασαφείς στο διαχωρισμό τους (Widiger et al., 1999). Και οι δυο έννοιες όμως, παρόλες τις δυσκολίες στο σαφή ορισμό τους, παραμένουν παγκόσμιες συνιστώσες της ανθρώπινης υπόστασης και έχουν μελετηθεί σχεδόν σε όλες τις εποχές και τα πολιτισμικά πλαίσια από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα.

Η αναζήτηση γύρω από τη σχέση ψυχοπαθολογίας και προσωπικότητας αναδεικνύει ένα μείζον διαχρονικό ζήτημα αναφορικά με το πως και αν σχετίζονται μεταξύ τους και κυρίως που και αν μπορούν να τεθούν τα όρια μεταξύ φυσιολογικού και μη φυσιολογικού. Ήδη από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, οι προσπάθειες απάντησης αυτής της σχέσης έγιναν αντικείμενο πολλών θεωρητικών σχολών. Συζητήσεις που καθόρισαν για πολλά χρόνια την προσέγγιση της ταξινομικής διάταξης της ψυχοπαθολογίας (Kagan, 1997), αποτέλεσμα της οποίας ήταν η ανάπτυξη διαγνωστικών εγχειριδίων ψυχοπαθολογίας, όπως του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM]). Πέρα ωστόσο από τη θεωρητική προσέγγιση αντίληψης και κατανόησης της ψυχοπαθολογίας και την υιοθέτηση ή απόρριψη θεωρητικών κατασκευών για την προσωπικότητα, αυτό που μέχρι σήμερα παραμένει υπό διερεύνηση είναι ο τρόπος και το είδος της σχέσης που διέπει την ψυχοπαθολογία με την προσωπικότητα. Μια σχέση προς διερεύνηση αρχικά σε θεωρητικό και κατά συνέπεια σε πρακτικό επίπεδο κλινικής αξιολόγησης, πρόγνωσης και θεραπείας.

Για το λόγο αυτό, οι σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις, αναγνωρίζοντας την πολυπλοκότητα της έννοιας και των εκφάνσεων της ψυχοπαθολογίας, αλλά και την αδυναμία της συνεκτικότητας και συνοχής προηγούμενων θεωρητικών προσεγγίσεων (Trull & Durrett,

2006· Widiger & Samuel, 2005), αναζήτησαν νέα εμπειρικά μοντέλα ταξινόμησής της, υιοθετώντας μια πιο σύνθετη αντίληψη.

Το σημαντικότερο ίσως στοιχείο αυτής της νέας προσέγγισης είναι η αντίληψη της ψυχοπαθολογίας με επιμέρους διαστάσεις και συγκεκριμένες έννοιες και ορισμούς, γεγονός που επιτρέπει και την ανάπτυξη πιο αξιόπιστων εργαλείων μέτρησης της ψυχοπαθολογίας της προσωπικότητας. Σε αυτό το πλαίσιο συζήτησης, η ανάπτυξη και κατασκευή αντίστοιχων εργαλείων μέτρησης της ψυχοπαθολογίας της προσωπικότητας αποτελεί μια αναπόφευκτα επιβεβλημένη συνθήκη για την ολοκληρωμένη θεραπευτική παρέμβαση και την ορθή κλινική πράξη μεταξύ ειδικών διεθνώς.

## Σκοπός και Στόχοι της Διδακτορικής Μελέτης

Η παρούσα διδακτορική διατριβή επιχειρεί να προσφέρει στο διευρυμένο επιστημονικό διάλογο για την έννοια και τη μέτρηση της ψυχοπαθολογίας της προσωπικότητας στην κλινική πράξη. Ο πρώτος στόχος θα γίνει μέσα από την κριτική θεώρηση των μοντέλων γύρω από την έννοια της ψυχοπαθολογίας της προσωπικότητας και της υιοθέτησης ενός σύγχρονου διαστατικού (dimensional) τρόπου οργάνωσης και περιγραφής της. Ο δεύτερος στόχος επικεντρώνεται στην κατασκευή ενός αξιόπιστου και έγκυρου ψυχομετρικού εργαλείου, κατάλληλου να αξιολογήσει το νέο εννοιολογικό μοντέλο της ψυχοπαθολογίας της προσωπικότητας, υιοθετώντας σύγχρονες ψυχομετρικές τεχνικές.

Η ολοκλήρωση των στόχων της διδακτορικής διατριβής θα αποτελέσει στην ουσία μια πρακτική εφαρμογή του νέου τρόπου αντίληψης της ψυχοπαθολογίας και της υιοθέτησης μιας πιο στιβαρής και οργανωμένης αξιολόγησής της στην κλινική εφαρμογή. Το διαστατικό μοντέλο ψυχοπαθολογίας προσωπικότητας, όπως έχει μέχρι σήμερα μελετηθεί και τεκμηριωθεί σε πλήθος ερευνών, δίνει ένα σοβαρό επιστημονικό έρεισμα εφαρμογής του στην αξιολόγηση της γενικής αλλά και παθολογικής προσωπικότητας. Πολύ περισσότερο, όπως πλέον υποστηρίζεται από τη διεθνή βιβλιογραφία, μπορεί να συνεισφέρει στην κατανόηση και ερμηνεία και άλλων ψυχοπαθολογικών φαινομένων που χρόνια απασχολούν την επιστημονική κοινότητα. Ιδιαίτερα στην προσέγγιση και αποσαφήνιση της προβληματικής της συνοσηρότητας μεταξύ των διαταραχών προσωπικότητας και άλλων ψυχικών διαταραχών. Ταυτόχρονα η πρακτική τεκμηρίωση του νέου διαστατικού μοντέλου μέσω ενός ψυχομετρικού εργαλείου ανίχνευσης και αξιολόγησης του εύρους της ψυχοπαθολογίας της προσωπικότητας, θα προσφέρει στους ειδικούς της ψυχικής υγείας ένα σύγχρονο εργαλείο ψυχοδιαγνωστικής που για χρόνια απουσιάζει, ιδιαίτερα στην ελληνική κλινική πρακτική.

Η δομή της διδακτορικής διατριβής προκειμένου να ανταποκριθεί στους στόχους της, διαρθρώνεται σε δύο κύρια μέρη: θεωρητικό και πρακτικό-κατασκευαστικό. Το πρώτο μέρος εκτείνεται στα κεφάλαια 1 έως 3 όπου περιγράφονται: η ψυχοπαθολογία και η αποκλίνουσα συμπεριφορά με τα ταξινομικά ζητήματά τους (κεφάλαιο 1), η προσωπικότητα και η θέση που έχει μέσα στην μελέτη της ψυχοπαθολογίας με τα αντίστοιχα μοντέλα ερμηνείας και κατανόησής της (κεφάλαιο 2), τα παραδοσιακά αλλά και τα σύγχρονα διαστατικά μοντέλα αντίληψης και οργάνωσης των διαταραχών προσωπικότητας (κεφάλαιο 3). Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει το κεφάλαιο 4 με τις επιμέρους διαδοχικές μελέτες, όπου περιγράφονται: το κατασκευαστικό στάδιο των στοιχείων του ερωτηματολογίου (1<sup>η</sup> εμπειρική μελέτη), η διερεύνηση της παραγοντικής δομής του εργαλείου (2<sup>η</sup> εμπειρική μελέτη), η εξέταση των μοντέλων για την ανάδειξη της δομής των τομέων και διαστάσεων (3<sup>η</sup> εμπειρική μελέτη), οι μελέτες για τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά (αξιοπιστίας και εγκυρότητας) του εργαλείου (4<sup>η</sup> εμπειρική μελέτη) και τέλος το κεφάλαιο των συμπερασμάτων, συζητήσεων και μελλοντικών σκέψεων-προτάσεων (κεφάλαιο 5).

# Κεφάλαιο 1

## Εξερευνώντας την Έννοια της Ψυχοπαθολογίας

*“wherever we try to mark out the frontier between mental health and disease, we find a neutral territory, in which the imperceptible change from the realm of normal life to that of obvious derangement takes place” Kraepelin (1917, p. 295)*

### 1. Ιστορική Αναδρομή των Αντιλήψεων για την Ψυχοπαθολογία

Ο άνθρωπος από τις πρώτες του προσπάθειες για την ανάπτυξη δομικών σχέσεων μεταξύ των ατόμων του είδους του, ανέπτυξε και εφάρμοσε ποικίλους τρόπους και στρατηγικές συμπεριφοράς προκειμένου να επιτύχει τη συνύπαρξη του σε ένα σύνολο, αυτό που αργότερα ονομάστηκε «κοινωνία». Αυτή η εξελικτική πορεία του ανθρώπου αποτελεί μέχρι σήμερα τη βάση για μια διαρκή συζήτηση και έρευνα γύρω από την ανθρώπινη υπόσταση και την κοινωνική της διάσταση και έχει γίνει αντικείμενο μελέτης πολλών επιστημονικών κλάδων, όπως της κοινωνιολογίας, φιλοσοφίας, ανθρωπολογίας κλπ. Ταυτόχρονα ένα εύρος ερωτημάτων έχει διατυπωθεί αναφορικά με τα δομικά στοιχεία αυτών των πρώτων κοινωνικών δομών, όπως π.χ. ο ρόλος των φύλων-μελών, το μέγεθος των κατά τόπους πληθυσμών, η δυναμική ανάπτυξής τους, ο τύπος των κοινωνικών δεσμών, κ.ά.

Σε αυτά τα ερωτήματα, οι σύγχρονες επιστήμες επιχειρούν να κατανοήσουν τους τρόπους λειτουργίας της ανθρώπινης κοινωνίας μελετώντας τον ίδιο τον άνθρωπο και το περιβάλλον γύρω του. Στο ίδιο πλαίσιο, η επιστήμη της ψυχολογίας, ξεκινώντας από το πειραματικό περιβάλλον ενός εργαστηρίου έστρεψε το ενδιαφέρον της, κατά κύριο λόγο, στις ποικίλες εκφάνσεις της ανθρώπινης συμπεριφοράς και ιδιαίτερα στο εύρος των ατομικών διαφορών και αποκλίσεων που διαπιστώνονται στα διάφορα πολιτισμικά πλαίσια (Murray & Link, 2021). Αν και η επιστήμη της ψυχολογίας στις διάφορες χρονικές περιόδους αποτέλεσε



πεδίο αντιπαράθεσης επιστημονικών απόψεων, το κατ' εξοχήν κύριο ενδιαφέρον της για τη μελέτη και κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς αποτέλεσε τη βάση για την καθιέρωση της ψυχολογίας ως εμπειρική επιστήμη περί τα μέσα του 18<sup>ου</sup> αιώνα (Watts, 2010).

Μέσω της παρατήρησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς και της σημασίας της για το άτομο και το κοινωνικό σύνολο, το ενδιαφέρον της επιστήμης της ψυχολογίας εστίασε στην κατανόηση, ανάλυση, πρόβλεψη, τη διαφορετικότητα αλλά και την ιδιαιτερότητα της συμπεριφοράς του ατόμου (Βοσνιάδου, 2005· Coon, & Mitterer, 2013· Lahey, 2012). Στα πρώτα βήματά της, η επιστήμη της ψυχολογίας οργανώθηκε γύρω από τις έννοιες της γενικής παρατήρησης και της μελέτης της συμπεριφοράς (Parameswaran & Beena, 1988). Αργότερα, αναδείχθηκαν μια σειρά από επιμέρους επιστημονικά πεδία, όπως για παράδειγμα της κοινωνικής ψυχολογίας, της εξελικτικής ψυχολογίας, της διαπολιτισμικής ψυχολογίας, της πειραματικής ψυχολογίας, κλπ. (Coon, & Mitterer, 2008· Parameswaran & Beena, 2002).

Ωστόσο, ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον πεδίο της επιστήμης της ψυχολογίας συνδυάζει δυο πολύ βασικές συνιστώσες της, την παρατήρηση και τη μέτρηση. Το πεδίο αυτό, έχει αποτελέσει ένα ξεχωριστό και διαρκώς ερευνώμενο αντικείμενο μεταξύ ερευνητών της ανθρώπινης συμπεριφοράς: είναι το πεδίο της ψυχοπαθολογίας. Η μελέτη της ψυχοπαθολογίας, αποτελεί παράλληλα και ερευνητικό πεδίο άλλων επιστημών, όπως της ψυχιατρικής, της επιδημιολογίας, της κοινωνιολογίας (Davison & Neale 1995· Kendall & Hammen 1995). Το κύριο αντικείμενο αυτού του πεδίου, είναι η μελέτη και κατανόηση των ιδιαίτερων και διαφορετικών εκφάνσεων της ανθρώπινης συμπεριφοράς και συγκεκριμένα των αιτιών, συμπτωμάτων, προβλημάτων και θεραπείας τους. Αυτό γίνεται πιο κατανοητό αλλά και παρατηρήσιμο όσο κανείς μελετά αναπτυξιακά την εξέλιξη του ατόμου και έρχεται αντιμέτωπος με διάφορες αποκλίσεις, διαφορετικότητες, ιδιαιτερότητες, που απαιτούν ερμηνεία, εξήγηση. Πιο συγκεκριμένα, θα

λέγαμε ότι η ψυχοπαθολογία είναι το πεδίο της ψυχολογίας που επικεντρώνεται στη μελέτη της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς, των διαδικασιών που συντελούν στην εμφάνιση της, τις προϋποθέσεις που λαμβάνονται υπόψη για τη διαφοροποίηση της από το φυσιολογικό και τέλος τη διερεύνηση αιτιακών ή άλλων παραγόντων για την εμφάνιση της στο πλαίσιο που μελετάται (American Psychological Association [APA], 2008· Μάνος, 1997· Ζερβής, 1996).

Οι απαρχές της ψυχοπαθολογίας ως ξεχωριστού επιστημονικού πεδίου της ψυχολογίας, θα πρέπει να αναζητηθούν στα προϊστορικά χρόνια και δη στις προϊστορικές μορφές κοινωνίας. Τα πρώτα δείγματα-ενδείξεις ανιχνεύονται στα προϊστορικά χρόνια, και έρχονται από τη λίθινη εποχή και τις σπηλαιογραφίες, όπου βρέθηκαν απεικονίσεις ανθρώπινων μορφών με στοιχεία που παραπέμπουν σε ψυχοπαθολογία καθώς και «τεχνικές παρέμβασης» σαν θεραπεία τους (Coleman et al., 1980). Οι πρώτες προσπάθειες για την κατανόηση της ψυχοπαθολογίας στις πρωτόγονες κοινωνίες ανάγονται στον «ανιμισμό», την αντίληψη ότι όλα γύρω μας (πράγματα, ύλη, φυσικά φαινόμενα) έχουν ψυχή και κάποιου είδους ζωή και αλληλεπιδρούν με τον άνθρωπο, παρεμβαίνοντας στη ζωή του και επηρεάζοντας τις πράξεις του.

Με αυτό το σκεπτικό, η ψυχοπαθολογία θεωρούνταν το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ανθρώπου και Ύλης, μιας ύλης που τον καταλάμβανε μέσα από διάφορες μορφές της (όπως πνεύματα, στοιχεία, κινήσεις αστεριών, θεών) με σκοπό την αλλοίωση ή και την ολοκληρωτική κατάληψη του πνεύματος του (Esper, 1964). Τα διαθέσιμα στοιχεία φανερώνουν, επίσης, ότι σε όλες σχεδόν τις πρωτόγονες κοινωνίες υπήρχε κάποιο είδος φροντίδας ή προσπάθεια θεραπείας των «ψυχικά» νοσούντων ατόμων. Αυτές πραγματοποιούνταν άλλοτε από έναν εντεταλμένο για τη σωματική φροντίδα θεραπευτή τον «σαμάνο», ενώ άλλοτε με «θεραπευτικές τεχνικές» χειρουργικών επεμβάσεων, όπως τρυπανισμένα κρανία (trephining) σε μια προσπάθεια απελευθέρωσης (θεραπείας) του σώματος από τα κακά πνεύματα (Χριστοπούλου, 2008).

Μάλιστα, η τεχνική του τρυπανισμού του κρανίου ανιχνεύεται ακόμα και σε κρανία που βρέθηκαν στη Γαλλία και χρονολογούνται στο 6500 π.Χ. (Carasso, 2002) και κατά τη νεολιθική περίοδο στην υπόλοιπη Ευρώπη και Σιβηρία, Κίνα και Αμερική (Ramirez & Froment, 2018). Η κυρίαρχη αντίληψη των πρώτων κοινωνιών ότι τα κακά πνεύματα ήταν υπεύθυνα για τις «αλλόκοτες και ανεξήγητες» συμπεριφορές κάποιων ατόμων, αποτέλεσε και την απαρχή της συζήτησης περί ψυχικών περιπτώσεων που δε μπορούσαν να τύχουν της συμβατικής θεραπείας των λοιπών σωματικών νόσων.

Σε διάφορες περιοχές του κόσμου, από τη Μεσοποταμία και την Αίγυπτο μέχρι την Κίνα και την Ινδία, το άτομο που καταλαμβάνόταν από παραισθήσεις, θεϊκά πνεύματα και ακαταλαβίστικα όνειρα, ήταν ήδη καταδικασμένο και οι θεραπείες που εφαρμόζονταν ήταν κυρίως εξαγνιστικές (Bhugra, 1992· Gautam 1999). Για παράδειγμα, μια από τις πιο διαδεδομένες θεραπευτικές τεχνικές ήταν η παρέμβαση του σαμάνου μέσω κάποιου είδους έκστασης και η επικοινωνία του με τα κακά πνεύματα για την εκδίωξή τους από το σώμα του ανθρώπου (Χαρτοκόλλης, 1991).

Οι παραδοσιακές θεραπευτικές προσεγγίσεις στόχευαν κυρίως στην από-δαιμονοποίηση του σώματος από το πνεύμα-στοιχείο (κυρίως μέσω εξαγνιστικών τελετών, όπως ο εξορκισμός, η ασιτία και η στέρηση νερού) που σε πολλές περιπτώσεις φυσικά οδηγούσαν και σε φυσική κατάληξη του ίδιου του ατόμου (Alloy et al., 2005). Στην Κίνα, στις καταγραφές για την ψυχική υγεία περί το 1100 π.Χ., η ψυχική νόσος θεωρούνταν ως αποτέλεσμα δυσαρμονίας μεταξύ του γιν και του γιάνγκ (Lam et al., 2010) ενώ οι θεραπείες για την ψυχική νόσο ήταν ένας συνδυασμός από βότανα, βελονισμό και κάποιου είδους «συναισθηματική θεραπεία» (Aung et al., 2013). Στην αρχαία Ελλάδα, η ψυχική νόσος όπως αποτυπώθηκε στις τραγωδίες, ήταν αποτέλεσμα της οργής των θεών που τιμωρούσαν το άτομο με ψευδαισθήσεις, μανιακά στοιχεία

και βίαη συμπεριφορά (Kleisiaris et al., 2014). Στα ρωμαϊκά χρόνια, οι ψυχικά πάσχοντες αντιμετώπιζονταν και πάλι ως τιμωρημένοι από την οργή των θεών, ενώ μια σειρά από ψυχικές θεραπείες καταγράφηκαν σε διάφορες περιοχές και περιόδους. Τέτοιες θεραπείες ήταν για παράδειγμα, η φλεβοτομή (σε μια προσπάθεια να φύγει με το αίμα η κακή νόσος που ρέει μέσα του), φυσικές θεραπείες όπως διαίτα, μασάζ, μελέτη της φιλοσοφίας και προσωπική ανάπτυξη, αλλά και εξορκισμοί, βασανιστήρια, σωματική βία, ασιτία, διάλογο με το κακό πνεύμα, φυλαχτά και θεϊκές επικλήσεις (Davison 2006· Pilgrim 2007).

Η ίδια αντίληψη των αρχαϊκών χρόνων για τις ψυχικές διαταραχές έχει αναφερθεί σχεδόν σε όλους τους γνωστούς αρχαίους πολιτισμούς, όπως τον ινδικό, τον αιγυπτιακό και κυρίως τον ελληνικό, όπου υπάρχουν αναφορές στα κείμενα του Ομήρου αλλά και αργότερα στις τραγωδίες (Longrigg, 1998). Για παράδειγμα, η συμπεριφορά του Αίαντα με τις εξάρσεις και τις υφέσεις που παραπέμπουν σε διπολικά στοιχεία, η διαρκώς «μαινόμενη» συμπεριφορά του Ηρακλή που παραπέμπει σε υποβόσκουσα μανία, η κρίση ταυτότητας του Ορέστη μετά τη μητροκτονία στην αντίστοιχη τραγωδία του Ευριπίδη. Είναι μερικά μόνο περιστατικά όπου τα κακά πνεύματα (θεότητα, προσωποποιημένη έννοια όπως τιμωρία, θυμός) αναφέρεται ότι παρεμβαίνουν και καθοδηγούν το θυμικό του ατόμου και ρυθμίζουν εν αγνοία του τη συμπεριφορά, το εύρος, τη δυναμική, την ένταση και τη διάρκεια των αντιδράσεων (Χαρτοκόλλης, 1991).

Ωστόσο, οι πρώτες επίσημες καταγραφές γύρω από την έννοια των ψυχικών προβλημάτων και της ψυχοπαθολογίας, βρίσκονται στα ελληνικά κείμενα των αρχαϊκών χρόνων, όπου καταγράφονται και θεραπευτικές προσεγγίσεις (Millon et al., 2004· Jouanna, 2010). Το ιδιαίτερο στοιχείο των πνευμάτων ταυτισμένα με εκφάνσεις ψυχοπαθολογίας και αλλόκοτης συμπεριφοράς όχι μόνο αποτελούσε αναπόσπαστο στοιχείο πίστης και αντίληψης των τότε κοινωνιών, αλλά σε πολλές περιπτώσεις έχει μεταφερθεί ακόμα και στο σήμερα, όπως

παρατηρείται στις διάφορες παραδοσιακές θεραπευτικές τεχνικές, που είναι ενταγμένες στην κουλτούρα του κάθε λαού (πχ. ξεμάτιασμα, βουντού). Ταυτόχρονα, η λύση του θανάτου για τον οποιονδήποτε ψυχικά πάσχοντα, προσέδιδε και μια ιερότητα στο ανεξήγητο της πάθησης του ατόμου, γεγονός που αποδίδονταν στην απελευθέρωση της ψυχής από τα κακά πνεύματα και την αρχή του φυσικού ταξιδιού της στον κόσμο των νεκρών με ηρεμία.

Από την άλλη, σε μια πιο επιστημονική προσπάθεια προσέγγισης της ψυχικής υγείας, τα Ασκληπιεία στην αρχαία Ελλάδα, υπήρξαν τα πρώτα «αναγνωρισμένα» θεραπευτικά κέντρα για σωματικές και ψυχικές παθήσεις, τα οποία λειτουργούσαν υπό την προστασία και επιμέλεια των ιερέων του θεού Ασκληπιού. Η θεραπεία στα Ασκληπιεία γινόταν κυρίως με την ερμηνεία των ονείρων (εγκοίμηση) από τον ιεροφάντη, ο οποίος και επικοινωνούσε με τη θεότητα ή τη δύναμη που ευθύνονταν για την ψυχική δυσκολία του ασθενούς (Χαρτοκόλλης, 1991). Στα θεραπευτικά κέντρα δέχονταν όχι μόνο ασθενείς που δεν είχαν θεραπευτεί με τις συμβατικές ιατρικές μεθόδους, αλλά και ασθενείς με ψυχικά νοσήματα, εφαρμόζοντας μια ιδιαίτερη θεραπεία με αρκετά κοινά στοιχεία με τη σύγχρονη ψυχοθεραπευτική σχέση: ο ικέτης με την καθοδήγηση του θεραπευτή ερχόταν σε επαφή με το βαθύ τραύμα, το αναγνώριζε και με την επανένωση του με τη μητέρα Γη και την τεχνική της εγκοίμησης θα επανερχόταν σε μια αρμονική σχέση με τα πνεύματα και την ενέργειά τους (Καλαντζής & Λασκαράτος, 2003) .

Περίπου τον 4<sup>ο</sup> π.Χ. αιώνα, εμφανίζονται οι πρώτες περιγραφικές προσεγγίσεις της ψυχοπαθολογίας από τον Ιπποκράτη, ερευνητή ιατρό στα Ασκληπιεία. Σε αντίθεση με τις επικρατούσες απόψεις της εποχής για τις ψυχικές παθήσεις, ο Ιπποκράτης πίστευε ότι αυτές οφείλονται σε κάποια βαθύτερη οργανική αιτία και όχι σε δαιμονικές ή πνευματικές επιρροές και σωματικές καταλήψεις. Στο έργο του «Περί Ιερής Νούσου», ο Ιπποκράτης αμφισβητεί ότι οι ψυχικές ασθένειες οφείλονται σε κάποια θεία παρέμβαση, τουλάχιστον όχι περισσότερο

συγκριτικά με τις λοιπές οργανικές νόσους, καθώς κάθε αρρώστια έχει ένα φυσικό αίτιο και χωρίς φυσικό αίτιο δεν υπάρχει τίποτα: «έκαστον δε έχει φύσιν των τοιουτέων και ουδέν άνευ φύσεως γίννεται»<sup>1</sup> (Kiryttopoulos et al., 2012).

Η μεθοδολογική προσέγγιση που ακολούθησε ο Ιπποκράτης, περιελάμβανε καταγραφές συμπεριφορών και συμπτωμάτων, καθώς και της πορείας των ασθενών που παρακολουθούσε, ενώ ταυτόχρονα διατύπωνε βιολογικές υποθέσεις για τα φαινόμενα που παρατηρούσε. Αυτές οι καταγραφές του Ιπποκράτη θεωρούνται τα πρώτα γραπτά κείμενα καταγραφής της ψυχοπαθολογίας με το πιο γνωστό, το «Περί Φύσιος Ανθρώπου», στο οποίο και διατυπώνεται η πρώτη θεωρία για την ψυχοπαθολογία. Σύμφωνα με αυτή, οι ψυχικές διαταραχές οφείλονται στη δυσλειτουργία ή αλλιώς «ανισορροπία» (αλλαγή θερμοκρασίας, σύστασης, ποσόστωσης) των τεσσάρων βασικών «χυμών» του σώματος: αίμα, φλέγμα, ξανθή και μέλανα χολή, οι οποίοι αποτελούν εκκρίσεις των τεσσάρων βασικών οργάνων, της καρδιάς, του εγκεφάλου, του ήπατος και της σπλήνας, αντίστοιχα (Roccatagliata, 1986). Για τον Ιπποκράτη οι τέσσερις αυτοί χυμοί αποτελούν και τα δομικά στοιχεία της υλικής υπόστασης του ανθρωπίνου σώματος που βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον (αέρας, νερό, εποχές), γεγονός που δείχνει τη σχέση του ανθρώπου με το περιβάλλον και τη σχέση αλληλεξάρτησης τους.

Η σωστή αναλογία των βασικών χυμών κατά τον Ιπποκράτη, είναι υπεύθυνη για την προσωπικότητα του ανθρώπου και ταυτόχρονα για τη φυσιολογική λειτουργία του, ενώ οποιαδήποτε ξαφνική μεταβολή στις αναλογίες (όπως π.χ., τραυματισμός εγκεφάλου, ξαφνικές αλλαγές στο περιβάλλον, ο τόπος διαμονής, οι καιρικές συνθήκες, η ηλικία) προκαλεί απότομες αλλαγές στη συμπεριφορά και στο συναίσθημα. Η κανονική μίξη των χυμών, η «Ευκρασία», διατηρεί την υγεία, ενώ η ελαττωματική μίξη τους, η «Δυσκρασία», τις διάφορες ασθένειες, τις οποίες ο Ιπποκράτης τις απέδιδε στην κακή σίτιση, στις επαγγελματικές απαιτήσεις, τον τρόπο

---

<sup>1</sup> Ιπποκράτους: Περί Αέρων, Υδάτων, Τόπων, Littre II, σελ. 78, κεφ. 22

ζωής, το κλίμα, την κληρονομική διάθεση και άλλους νοσογόνους παράγοντες. Αυτή η προσέγγιση έδωσε και το πρώτο ταξινομικό σύστημα της ανθρώπινης συμπεριφοράς, ή καλύτερα των ανθρώπινων χαρακτήρων, περιγράφοντας τέσσερις τύπους ανθρώπων: τον χολερικό, τον αιματώδη, τον φλεγματικό και τον μελαγχολικό, ο καθένας με διαφορετική ποσόστωση και σύσταση των βασικών υγρών. Η περιγραφή των ψυχικών ασθενειών περιελάμβανε επίσης μια ταξινομική διάταξη των μη φυσιολογικών συμπεριφορών, τις οποίες και ονόμασε «φρενίτιδες», δίνοντας τους ονόματα που χρησιμοποιούνται στην κλινική ορολογία μέχρι σήμερα, όπως «επιληψία» (η λεγόμενη «ιερή νόσος»), «μανία», «μελαγχολία», «παράνοια», «υστερία», «υποχονδρία».

Τη δική του προσέγγιση για την ψυχοπαθολογία διατύπωσε και ο Πλάτων, ο οποίος σε αντίθεση με την οργανική αιτιολογία της ψυχικής νόσου του Ιπποκράτη, υποστήριξε μια πιο ιδεαλιστική άποψη. Για τον Πλάτωνα, οι ψυχικές διαταραχές είναι ειδικές εκφράσεις του ανθρώπινου ψυχισμού, αποτέλεσμα της προσπάθειάς του να διαχειριστεί την πραγματικότητα, χωρίς απαραίτητα να υπάρχουν εξωτερικές πιέσεις ή ερεθίσματα που να προσβάλουν τη συμπεριφορά του. Μάλιστα, συσχέτισε τις συναισθηματικές εκδηλώσεις περισσότερο με τη λειτουργία του εγκεφάλου παρά με την καρδιά (Χαρτοκόλλης, 1991). Στο έργο του «Τιμαίος» ο Πλάτωνας περιγράφει το σώμα ως αποτέλεσμα της σύνθεσης τεσσάρων στοιχείων: γη, φωτιά, νερό, αέρας, τα οποία όταν έχουν αρμονική σχέση και ισορροπία μεταξύ τους, το σώμα είναι υγιές, ενώ οποιαδήποτε μεταβολή στη σύσταση ή στην αναλογία, προκαλεί επιπλοκές που οδηγούν σε νόσο.

Η ψυχή στην πλατωνική θεωρία έχει και θνητά μέρη, όπως η ηδονή, οι πόνοι, το θάρρος, ο φόβος, ο θυμός, η ελπίδα, τα οποία συνδέονται μέσα από μια άλογη σχέση πάνω από το ευάλωτο υλικό σώμα και προσπαθούν να συνυπάρξουν μαζί του. Η ψυχή νοσεί στην

προσπάθειά της να συμβιώσει με το σώμα και από αυτή τη σωματική διάθεση προκύπτουν οι ψυχικές ασθένειες, όπως η μανία και η αμάθεια, οι δυο σοβαρότερες ψυχικές ασθένειες. Ο Πλάτωνας, σαν θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, υιοθετεί και φιλοσοφικές και ανθρωπιστικές απόψεις: από τη μια η ψυχή που έχει καταφέρει να μείνει αμόλυντη και καθαρή έχει καλύτερη τύχη (πρόγνωση θεραπείας) και κατ' επέκταση το σώμα θα θεραπευθεί γρηγορότερα, ενώ η ψυχή που μολύνθηκε από τις επιθυμίες του σώματος είναι καταδικασμένη να μείνει σε άρρωστη σχέση με το σώμα και τιμωρείται και στη θνητή και στην μεταθανάτια υπόστασή της.

Για τον Πλάτωνα, η ενασχόληση με τη φροντίδα του σώματος, η εκπαίδευση της διάνοιας προς τις ιδέες της αλήθειας, της αρετής, της δικαιοσύνης και της ανθρώπινης αλληλεγγύης, αποτελούν θεραπείες εξαγνισμού της ψυχής, και κατά συνέπεια, οδηγούν σε εύθυμη ζωή και ηθική ισορροπία. Η έμφασή του προς μια πιο ανθρωπιστική θεραπεία του ψυχικά πάσχοντος, αναδεικνυε το ρόλο της οικογένειας και της κοινότητας με το άτομο-ασθενή ενταγμένο και όχι απομονωμένο ή έγκλειστο με τιμωρητικές θεραπείες για το «παράλογο» της συμπεριφοράς του (Χριστοπούλου, 2008).

Κοντά στον Πλάτωνα, ο μαθητής του Αριστοτέλης, προέβη σε μια πιο συστηματική καταγραφή των ψυχικών λειτουργιών του ανθρώπου, περιγράφοντας τη σκέψη, τη βούληση και το θυμικό, ως τις πιο βασικές. Σύμφωνα με τη θεωρία της οργανικότητας του Ιπποκράτη για την ψυχική νόσο, διαφώνησε ωστόσο με τη θεωρία των χυμών, θεωρώντας ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι αποτέλεσμα των διαταραχών της θερμοκρασίας (της ψυχής ή του αίματος) που διαταράσσεται από τα έντονα συναισθήματα, τα λεγόμενα «πάθη της ψυχής». Η αλλοίωση της ισορροπίας των χυμών, μπορεί να οφείλεται σε αλλαγή του τρόπου ζωής ή της διατροφής, στην κατανάλωση ουσιών (όπιο, αλκοόλ) προκαλώντας αλλαγές στη συμπεριφορά του ατόμου (Παπαβραμίδου και συν., 2016).



Η βασική νόσος της ψυχής του Αριστοτέλη είναι η διαταραχή της θερμοκρασίας της, με χαρακτηριστική την αύξηση της «μαύρης χολής» (πρόκληση μελαγχολίας) που έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία παραληρήματος, αγωνίας, τρόμου και ψευδαίσθησης, δηλητηριάζοντας τη φύση της ψυχής. Επίσης, σύμφωνα με τον δάσκαλό του, επεσήμανε τη σημασία της αλλαγής των εποχών, ανέδειξε τη σημασία και τα χαρακτηριστικά των μελαγχολικών χαρακτήρων, συνέχισε τη συζήτηση-σημασία της μανίας στην κληρονομικότητα. Επεσήμανε τις βλαπτικές επιπτώσεις του κρασιού στη συμπεριφορά του ατόμου και τη σχέση του με τη μανία, την υπερδιέγερση και την αυτοκτονική συμπεριφορά, χαρακτήρισε την επιληψία ως νόσο και ανέδειξε την εκπαίδευση της νόησης ως μοναδικό λογικό ρυθμιστή της αναστατωμένης σχέσης ψυχής και σώματος (Χριστοδούλου, 2000).

Στα μετέπειτα χρόνια της ελληνορωμαϊκής περιόδου, αν και προηγήθηκε μια πρόοδος στα αλεξανδρινά χρόνια στον τομέα κυρίως της ανατομίας, η γενικότερη αντίληψη για την ψυχοπαθολογία παρέμεινε στη σφαίρα του μυστικισμού, της δαιμονολατρίας και των μαγικών-θηρσκευτικών πεποιθήσεων. Κατά τον 1<sup>ο</sup> π.Χ. αιώνα, ο Ασκληπιάδης ο Βιθυνός (124–40 π.Χ.), υιοθετώντας την επικούρεια φιλοσοφία, απέρριψε τη θεωρία του Ιπποκράτη και διατύπωσε τον πρώτο διαχωρισμό των ψυχικών διαταραχών σε οξείες και χρόνιες. Διαχώρισε τις ψευδαισθήσεις από τις παραισθήσεις και τα παραληρήματα, ενώ παράλληλα υιοθέτησε ανθρωπιστικού τύπου θεραπείες με μουσική και λουτρά, απορρίπτοντας άλλες πιο βάνουσες, όπως την αφαίμαξη, τη σωματική στέρηση και την καθήλωση (Χριστοπούλου 2008). Υποστήριξε ότι το ανθρώπινο σώμα αποτελείται από μόρια (μέρη) που τα συνθέτουν άτομα (άναρμοι όγκοι) και κενοί χώροι (πόροι), θέτοντας τη βάση της Μοριακής Στερεοπαθολογίας (Γιαπιτζάκης και συν., 2013). Οποιαδήποτε αλλαγή στη σύνθεση, στη θέση ή στη μορφή των μορίων, δύναται να προκαλέσει μιας κάποιας μορφής ασθένειας στο άτομο. Ως θεραπεία πρότεινε μια σειρά από ήπιες μεθόδους,

όπως υγιεινή διατροφή, φυσική άσκηση, κατανάλωση ροφημάτων (χαμομήλι) και πιο σπάνια χειρουργικές επεμβάσεις. Ειδικά για τους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές υποστήριξε τον απεγκλεισμό τους και τη θεραπεία τους μέσω της μουσικής ή της εργασίας.

Ο Ασκληπιάδης ήταν ο πρώτος ιατρός που διαχώρισε τις ασθένειες σε οξείες και χρόνιες και μάλιστα ασχολήθηκε ιδιαίτερα με τις χρόνιες, τονίζοντας τη σημασία της ψυχολογικής υποστήριξης ως απαραίτητο συστατικό της ιατρικής πρακτικής (Γιαπιτζάκης, και συν., 2013). Στο βιβλίο του «Παραγγελείαι», ο Ασκληπιάδης αναφέρεται στην κατάλληλη ιατρική φροντίδα που θα πρέπει να διακρίνεται από κατανόηση, φιλική διάθεση και ενεργητικό ενδιαφέρον προς τον ασθενή, υιοθετώντας μια φιλική προσέγγιση και ειλικρινή κριτική που βοηθά τη σχέση θεραπευτή-ασθενή περίπου όπως συμβαίνει σήμερα στο πλαίσιο της ψυχοθεραπείας (Υαριζακίς, 2009· Γιαπιτζάκης, 2011). Οι απόψεις του Ασκληπιάδη επηρέασαν κατά πολύ τους μαθητές του σε μια ευρεία πρακτική εφαρμογή της ιατρικής πράξης. Ανάμεσα τους, ο ρήτορας και μαθητής του Κικέρων (106-43 π.Χ.), ασχολήθηκε με τα συναισθήματα ως βασικό συστατικό της ψυχικής ασθένειας και διατύπωσε την άποψη ότι, οι σωματικές διαταραχές προκαλούνται από συναισθηματικές εναλλαγές, ενώ ισχυρίστηκε ότι ο ασθενής θα πρέπει να υποφέρει για να θεραπευτεί (Andreasen & Black, 1991). Μάλιστα, ήταν ο πρώτος που διατύπωσε μια πρωτόλεια θεωρία αναφορικά με τη σεξουαλική επιθυμία, που ονόμασε *libido*, την οποία και θεωρούσε πολύ σημαντική μεταξύ των συναισθημάτων.

Γύρω στον 1<sup>ο</sup> μ.Χ. αιώνα, ο Αρεταίος αξιοποιώντας την τεχνική της παρατήρησης, εστίασε στο πως η σκέψη και τα συναισθήματα μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά του ανθρώπου. Θεωρείται ο πρώτος που ασχολήθηκε με τη σχιζοφρένεια, την οποία και διαχώρισε από τη μανία και τη μελαγχολία, ενώ διατύπωσε και την άποψη ότι αυτές οι δυο θα μπορούσαν και να εντάσσονται στην ίδια διαταραχή (μετέπειτα διπολική) (Coleman et al., 1980). Την ίδια

περίπου περίοδο, ο Σωρανός ο Εφέσιος (περ. 100 μ.Χ.), πρόβαλε την επιστημονική ανάγκη της εξατομικευμένης μελέτης του ανθρωπίνου σώματος, και κατ' επέκταση του ασθενούς, δίνοντας βάρος σε ψυχοθεραπευτικές μεθόδους που λάμβαναν υπόψη την ανθρώπινη διάσταση της αρρώστιας και όχι την τιμωρία της, και για το λόγο αυτό, απέφυγε τα φάρμακα και τα μέσα περιορισμού. Υπήρξε ένας από τους πρώτους ιατρούς που ασχολήθηκαν με τις φρενοπάθειες και την ταξινόμησή τους, πρότεινε θεραπευτικές παρεμβάσεις στοχευμένες στην ανθρώπινη συμπεριφορά και την κατανόηση προς τους ασθενείς και ταυτόχρονα επέκρινε τις προλήψεις και τις μαντείες ως θεραπείες (Καλογεροπούλου, 2002).

Η εποχή των αρχαϊκών χρόνων κλείνει με τη συμβολή του Γαληνού (129 - 199 μ.Χ.) και την ενασχόλησή του κυρίως με το κεντρικό νευρικό σύστημα, σε μια προσπάθεια να κατανοήσει και να χαρτογραφήσει ένα οργανικό κέντρο υπεύθυνο για την εμφάνιση της ψυχοπαθολογίας. Για το Γαληνό, το σώμα αποτελείται από τρία είδη πνεύματος καθένα από τα οποία έχει κεντρική σημασία για τη φυσιολογική λειτουργία του σώματος. Μέσω ενός τριμερούς συστήματος πνευμάτων από το συκώτι, την καρδιά και τον εγκέφαλο, οι τέσσερις βασικοί χυμοί του Ιπποκράτη (αίμα, κίτρινη χολή, μαύρη χολή και φλέγμα), είναι άλλοτε θερμοί ή ψυχροί και άλλοτε υγροί ή ξεροί, προκαλώντας ασθένειες στο σώμα. Ανάλογα με τη βλάβη του πνεύματος-οργάνου, η θεραπεία του Γαληνού στόχευε στην επαναφορά της ουδετερότητας των υγρών και της ισορροπίας τους, αντιμετωπίζοντας ουσιαστικά το ανθρώπινο σώμα ως ενιαίο σύνολο που στην υγιά του κατάσταση το χαρακτηρίζει η απόλυτη ισορροπία και το μέτρο (Μπαλογιάννης, 2016). Ο Γαληνός συγκεντρώνοντας όλες τις καταγεγραμμένες γνώσεις της εποχής του και μαζί με τις δικές του παρατηρήσεις ανέδειξε τη σημασία του ψυχολογικού παράγοντα στην εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών. Μάλιστα, υποστήριξε την άποψη ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι το

αποτέλεσμα της μη αρμονικής σχέσης μεταξύ των βασικών λειτουργιών του εγκεφάλου: του λογικού, του παράλογου και του αισθησιακού (Χαρτοκόλλης, 1991).

Ο Μεσαίωνας ήταν η εποχή που χαρακτηρίστηκε από έκδηλη θρησκευτικότητα και το πανίσχυρο θεοκρατικό μοντέλο ερμηνείας της συμπεριφοράς των ανθρώπων. Με την επικρατούσα αντίληψη ότι οι ψυχιατρικές εκδηλώσεις ήταν αποτέλεσμα υπερφυσικών δυνάμεων και κυρίως διαβολικών πνευμάτων, η θεραπεία της ψυχής αποτέλεσε αποκλειστική δικαιοδοσία της εκκλησίας. Επανήλθαν οι τιμωρητικές μέθοδοι εξαγνισμού και από-δαιμονοποίησης του σώματος, σε μια προσπάθεια κάθαρσής του από τις αμαρτίες και την παράδοσή του στο δαίμονα. Ταυτόχρονα, η εκκλησία αναλάμβανε την περίθαλψη και θεραπεία των ψυχικά πασχόντων (Στυλιανίδης και συν., 2007).

Με τα ιερά κείμενα να μη διαχωρίζουν τη θέση τους αναφορικά με τη δαιμονοποίηση και την ψυχική νόσο, το κύριο βάρος της ερμηνείας της ψυχικής αρρώστιας από την εκκλησία και τους άρχοντες, στόχευσε στα αρχέγονα ένστικτα του ανθρώπου. Με επίκεντρο τη σεξουαλικότητα η οποία και κατηγορήθηκε ως αμάρτημα και περιορίστηκε στην αναπαραγωγή (καθιέρωση προγαμιαίου ελέγχου για τον περιορισμό των ψυχικών ασθενειών), απαγορεύτηκε οποιαδήποτε άλλη μορφή της ως έργο διαβολικό και ένδειξη παράδοσης του σώματος στο δαίμονα (Coleman et al., 1980). Έτσι, κατά τα μεσαιωνικά χρόνια υπήρξε υποτίμηση της ψυχιατρικής νόσου αλλά και της ψυχιατρικής, με την παράλληλη υιοθέτηση εκκλησιαστικών πρωτοκόλλων εξαγνισμού και εξορκισμού, με την τρέλα να θεωρείται αμάρτημα και οι τρελοί κοινωνικά απόβλητοι και αμαρτωλοί (Arboleda-Florez, 2003). Σε πολλές περιπτώσεις αδυναμίας ερμηνείας ή εκκλησιαστικής θεραπείας, οι ακρωτηριασμοί, η πυρά και ο θάνατος με περιοριστικά μέσα αποτελούσε την τελική θεραπεία (Coleman et al., 1980), ενώ σε άλλες περιπτώσεις η απομόνωση και ο εξορκισμός (Roffe, 1995· Κονταξάκης και συν., 2005).

Περιορισμένες είναι οι αναφορές της εποχής σχετικά με την πρόοδο ή την συνεισφορά της ψυχιατρικής σαν ιατρική παρέμβαση, παρόλα τα αυξημένα ποσοστά των ψυχικών αναφορών (Rosen, 1967), των ψυχώσεων προκαλούμενων από εγκεφαλικούς τραυματισμούς (Neugebauer, 1978) ή και των νοσηλειών παθολογικών περιπτώσεων (Kemp, 1990), κάτι που καταδεικνύει την περιορισμένη δυναμική και αποδοχή της επιστημονικής προσέγγισης της ψυχοπαθολογίας. Ο Μεσαίωνας θα κλείσει με την εικόνα του ψυχικά ασθενή-τρελού ως απόδειξη της αμαρτίας του, του δαιμονικού στοιχείου που τον έχει καταλάβει και την παράδοσή του στα πρωτόγονα ένστικτά του, που τον υποβιβάζουν στο ζώδες και ηθικά παρακμιακό επίπεδο (Τσαλίκογλου, 1987).

Κατά την Αναγέννηση, υιοθετήθηκαν εκ νέου, ιδιαίτερα λόγω των πιέσεων που ασκήθηκαν από την εκκλησία και των απολυταρχικών μοναρχών, οι απόψεις περί δαιμονοκατοχής των ψυχικά ασθενών. Σχεδόν όλο το φάσμα της ψυχοπαθολογίας θεωρήθηκε αιρετικό και συνώνυμο της μαγείας, μακριά από οποιαδήποτε επιστημονική προσέγγιση και προσπάθεια κατανόησης βασικών εκφάνσεων της ψυχοπαθολογίας. Είναι ενδεικτικό ότι πολλά καταγεγραμμένα περιστατικά μαγείας ή δαιμονοποίησης της εποχής, είχαν τα κλασσικά συμπτώματα ψυχικών διαταραχών, όπως της υστερίας και του παραληρήματος (Χαρτοκόλλης, 1991).

Παρόλα αυτά, την εποχή αυτή καταγράφονται και οι πρώτες επιστημονικές φωνές για μια πιο επιστημονική και κυρίως πιο ανθρωπιστική προσέγγιση και αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Επιπρόσθετα, παρατηρούνται και οι πρώτες μορφές ασυλοποίησης, στο Παρίσι, το Λονδίνο, τη Βιέννη, τη Μόσχα, τη Φιλαδέλφεια, κ.ά., κυρίως ατόμων με κάποια σοβαρή μορφή ψυχοπαθολογίας. Αν και οι συνθήκες στα άσυλα ήταν απάνθρωπες, και οι θεραπευτικές τεχνικές που ακολουθούνταν ήταν αμφιβόλου αποτελέσματος (π.χ., καθήλωση με αλυσίδες, σωματική

βία και ακρωτηριασμοί), υπήρξε ένα «θεραπευτικό ρεύμα» που γενικεύθηκε σχεδόν σε όλη τη δυτική Ευρώπη (Foucault, 1964· Scull, 1993). Την ίδια περίοδο εμφανίζονται οι πρώτες θεσμοθετημένες θεραπευτικές κοινότητες για ψυχικά πάσχοντες (Alderidge, 1979) ενώ εκδίδεται και το πρώτο εγχειρίδιο ψυχιατρικής με τίτλο «Τεχνάσματα των Δαιμόνων» από τον Γερμανό Γιόχαν Βέγερ (1515-1588). Ουσιαστικά, αποτελεί έναν οδηγό κατά της μαγείας, σε μια προσπάθεια να αντιρροπήσει τη δυναμική των καταδικαστικών εκκλησιαστικών συγγραμμάτων, υποστηρίζοντας ότι πολλά από τα κατηγορούμενα άτομα ήταν ουσιαστικά ψυχικά νοσούντες.

Αν και το βιβλίο κατακρίθηκε και απαγορεύτηκε από τη εκκλησία και την άρχουσα τάξη της εποχής, αποδείχτηκε ο προάγγελος της επικράτησης του ανθρωπισμού στην ψυχική υγεία. Ο Βέγερ, με απλές εμπειρικές πρακτικές που προέκυψαν από την παρατήρηση και την ανάλυση της συμπεριφοράς των ασθενών, περιέγραψε ουσιαστικά για πρώτη φορά τον όρο «ψυχολογικά μέσα βοήθειας» αναπτύσσοντας την «ηθική θεραπεία», προάγγελο μετέπειτα του όρου «ψυχοθεραπεία» (Μάνος, 1988). Η ολοκληρωμένη μελέτη του με τους ψυχικά ασθενείς κατέστησε ουσιαστικά τον Βέγερ, τον πρώτο ψυχίατρο. Την ίδια περίοδο εμφανίζονται και οι πρώτες δομές περίθαλψης ψυχικών ασθενών, με πιο αντιπροσωπευτικά το Saint Mairy στο Λονδίνο (1403), γνωστό ως Bedlam, και το Γενικό Νοσοκομείο στο Παρίσι (1657), με το γνωστό La Salpêtrière. Η εποχή της Αναγέννησης θα κλείσει με τη συμβολή της φιλοσοφίας στην προσπάθεια κατανόησης της ψυχοπαθολογίας, από τον Γερμανό φιλόσοφο Αλβέρτο τον Μεγάλο (1200-1280 μ.Χ.) και τον Θωμά τον Ακινάτη (1225-1274 μ.Χ.), που υποστήριξαν ότι εφόσον η ψυχή ως άυλη δε μπορεί να νοσήσει, αυτό που νοσεί και κατ' επέκταση χρειάζεται φροντίδα και θεραπεία, είναι το σώμα (Χαρτοκόλλης, 1991).

Οι πρώτες συντονισμένες κινήσεις εξανθρωπισμού στη αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας και των συνθηκών μεταχείρισης των ψυχικά ασθενών, τοποθετούνται στις αρχές του

18<sup>οο</sup> αιώνα. Τα διάφορα νοσοκομειακά ιδρύματα τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική, κατάφεραν να αναδιοργανώσουν το θεραπευτικό πλαίσιο των ψυχικά ασθενών, κυρίως καταργώντας διαδικασίες όπως ο εγκλεισμός, η χρήση αλυσίδων, η άσκηση βίας, και υιοθετώντας τεχνικές, όπως τον προαυλισμό, τις επισκέψεις οικείων και την επαφή με του υπόλοιπους ασθενείς του νοσοκομείου (Μαδιανός, 1994· Χριστοπούλου, 2008). Η πίεση για μια τέτοια μεταρρύθμιση συνέπεσε και με την ανθρωπιστική θεώρηση του 18<sup>οο</sup> αιώνα και τη θέσπιση προγραμμάτων εξατομικευμένης θεραπείας των ασθενών σε πολλά ιδρύματα (Breakey, 1996). Αυτήν την περίοδο εμφανίζονται τα “Γενικά Νοσοκομεία” και μαζί με αυτά ξεκινάει η εποχή της ενσωμάτωσης και εξομοίωσης των «τρελών» μαζί με όλους τους κοινωνικά απομονωμένους από την κοινωνία των αστών της εποχής, ως απάντηση σε μια πιο ηθική κοινωνία (Φουκώ, 1964).

Η μετατόπιση της σκέψης για την ψυχική νόσο από την καταδίκη και την τιμωρία σε μια ανθρώπινη, πιο ψυχολογική προσέγγιση της πάθησης, οδήγησε σταδιακά σε αναμόρφωση των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα, στη Γαλλία, ο Φίλιππος Πινέλ (1745-1826), κατήργησε τα υπόγεια και σκοτεινά δωμάτια, τα οποία και αντικατέστησε με φωτεινά και υπέργεια. Επίσης, υιοθέτησε τη θεραπεία λόγου αντί της επώδυνης αφαίμαξης και των καυτηριάσεων, ενώ ταυτόχρονα ανέπτυξε ένα σύστημα αξιολόγησης και ταξινόμησης της θεραπείας με την καταγραφή του ατομικού φακέλου ασθενούς (Νασιάκου και συν., 1999). Για πολλούς μετέπειτα μελετητές, αυτή η πρακτική του Πινέλ, θεωρείται ότι αποτέλεσε τη βάση της σύγχρονης μεθοδολογικής προσέγγισης της ψυχοπαθολογίας, καθώς επίσης και τη βάση για την ψυχιατρική ταξινόμηση και θεραπεία των ψυχιατρικών διαταραχών (Χριστοπούλου, 2008). Παρόμοιες «ηθικές θεραπείες» (moral therapy) πραγματοποιούνται στην Αγγλία από τον William Tucker (1732-1822) και στην Αμερική από τους Benjamin Rush (1745–1813) και

Dorothy Dix (1802-1887). Αυτές οι θεραπείες δίνουν έμφαση στην ανθρώπινη διάσταση του ασθενούς και στον σεβασμό ως βασικό στοιχείο της θεραπείας. Επίσης, αναπτύσσουν ένα θεραπευτικό περιβάλλον στη φύση, μακριά από τις πόλεις, γεγονός που καταγράφεται σε συγγράμματα της εποχής ως αποτελεσματική θεραπεία στο 70% περίπου των ασθενών (Bockoven, 1963). Η περίοδος αυτή κλείνει ουσιαστικά με μικρή μετατόπιση της σκέψης γύρω από την ψυχική υγεία σε πιο ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις, και με έμφαση στον συναισθηματικό παράγοντα ως αιτιολογία των ψυχικών ασθενειών.

Τον 19<sup>ο</sup> αιώνα παρατηρείται μια στροφή της ερμηνείας της ψυχοπαθολογίας από το θεολογικό και φιλοσοφικό πρίσμα σε πιο οργανικές και σωματικές ερμηνείες. Ταυτόχρονα, με την αύξηση των ψυχιατρικών νοσοκομειακών δομών αλλά και την οικονομική και κοινωνική δυσκολία να συντηρηθεί ο ολόενα και αυξανόμενος αριθμός νοσηλευόμενων, η μελέτη της ψυχοπαθολογίας άρχισε να γίνεται περισσότερο αντικείμενο της πανεπιστημιακής κοινότητας. Η μελέτη των ψυχικών ασθενειών διαφέρει από χώρα σε χώρα, γεγονός που στρέφει τη συζήτηση της ψυχικής υγείας σε πιο βιολογικά μοντέλα ερμηνείας (Χαρτοκόλλης, 1986). Αυτήν την περίοδο εμφανίζεται το πρώτο πειραματικό εργαστήριο ψυχολογίας από τον Wilhelm Wundt (1879) στο Πανεπιστήμιο της Λειψίας. Σκοπός του εργαστηρίου ήταν η μελέτη της σκέψης και της συμπεριφοράς του ανθρώπου με επιστημονικές μεθόδους μέτρησης και αξιολόγησης. Το έργο του Wundt επέκτεινε ουσιαστικά ο μαθητής του Emil Kraepelin (1756-1826), ο οποίος δημιούργησε το πρώτο εργαστήριο μελέτης της ψυχοπαθολογίας. Ο Wundt υιοθέτησε ένα νέο ταξινόμικό σύστημα με βάση τη βιογενή προσέγγιση και τη σημασία της παθολογίας του εγκεφάλου, και διαχώρισε τις ψυχωσικές διαταραχές ανάλογα με τα συμπτώματά τους και τη βιολογική τους αιτία σε: μανιοκαταθλιπτικές και πρώιμη άνοια, γνωστή ως σχιζοφρένεια (Χαρτοκόλλης, 1991).



Είναι όμως αυτή η περίοδος που βρίσκει γενικά τον επιστημονικό κόσμο σε μια γενικότερη εγρήγορση και συνεχή προσπάθεια κατανόησης της ψυχοπαθολογίας. Έτσι, κυρίως στην κεντρική Ευρώπη, εμφανίζονται δύο ρεύματα ερμηνείας της ψυχοπαθολογίας: η βιογενής προσέγγιση και η ψυχογενής προσέγγιση. Η βιογενής προσέγγιση, που ήταν το αποτέλεσμα της συνδυαστικής μελέτης ιατρικής και βιολογίας, ανέδειξε τη σχέση μεταξύ οργανικών νόσων και σοβαρών νοσημάτων της ψυχοπαθολογίας, όπως ψυχώσεις, νοητική υστέρηση κλπ.

(Χριστοπούλου, 2008). Από την άλλη, η ψυχογενής προσέγγιση, ήταν το αποτέλεσμα μελετών για την ύπωση του Anton Mesmer (1733-1815) που προέκυψε από μελέτες του ζωϊκού μαγνητισμού και της κίνησης των πλανητών καθώς και το πως αυτή μπορεί να επηρεάσει την ψυχική υγεία του ατόμου. Η θεραπεία του, ένα μείγμα μηχανικών και πειραματικών συνθηκών, προκαλούσε μια μορφή ύπωσης στους ασθενείς και έδινε τη δυνατότητα στον θεραπευτή να αποκτήσει πρόσβαση σε πιο εσωτερικές πληροφορίες και δεδομένα του ασθενούς (ασυνείδητο).

Τα επόμενα χρόνια το ρεύμα της ψυχογενούς προσέγγισης θα μονοπωλήσει το ενδιαφέρον αρκετών ιατρών ερευνητών, οι οποίοι ασχολήθηκαν κυρίως με την υστερία και τη θεραπεία της. Σημαντικοί επιστήμονες της εποχής εκείνης, όπως για παράδειγμα ο Γερμανός Φραντς Άντον Μέσμερ (1734-1815), ο Γάλλος νευρολόγος Jean Martin Charcot (1825-1893), και οι Αυστριακοί γιατροί Sigmund Freud (1856-1939) και Joseph Breuer (1842-1925), διερεύνησαν τη σχέση της υστερίας με την ψυχική πάθηση, εφαρμόζοντας την ύπωση σαν θεραπευτική τεχνική. Οι διαφορετικές προσεγγίσεις γύρω από αυτές τις θεραπευτικές προτάσεις, είχαν ως αποτέλεσμα τη γόνιμη διαμάχη των επιμέρους απόψεων για την ύπωση, τα όνειρα και την υστερία, που έβαλαν τις βάσεις για μια από τις πιο δημοφιλείς επιστημονικές θεραπευτικές προσεγγίσεις της ψυχοπαθολογίας, την ψυχανάλυση.

Αυτές οι νέες θεωρητικές προσεγγίσεις έδωσαν μεγάλη ώθηση στην προσπάθεια κατανόησης της ψυχοπαθολογίας και συνεχίστηκαν και στον 20<sup>ο</sup> αιώνα. Μάλιστα, σε συνδυασμό με την ευρεία απήχηση της νέας θεωρίας του Freud, φαίνεται να είχαν επιτυχημένη εφαρμογή σε αρκετούς ασθενείς. Η πλειοψηφία όμως των ασθενών εξακολουθούσε να παραμένει σε νοσοκομεία και ψυχιατρικές δομές, και σε αρκετές περιπτώσεις, εξακολουθούσαν να έρχονται αντιμέτωποι με αμφιλεγόμενες θεραπείες, όπως η λοβοτομή, η στέρηση φαγητού, τα κρύα λουτρά και οι σωματικοί περιορισμοί. Ωστόσο, με το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, το ρεύμα της από-ασυλοποίησης ενισχύθηκε χάρη και στην ανάπτυξη της ψυχοφαρμακευτικής και των νέων μεθόδων παρατήρησης και λειτουργίας του εγκεφάλου, δημιουργώντας έτσι ένα ισχυρό κοινωνικο-ιατρικό ρεύμα που στόχευε στην ανάδειξη νέων και αποτελεσματικότερων παρεμβάσεων. Οι βασικές συνιστώσες του νέου ρεύματος ήταν κυρίως οικονομικές, μιας και το κόστος νοσηλείας ήταν πλέον υπέρογκο για τον κρατικό προϋπολογισμό. Ο αριθμός των νοσηλευόμενων που απαιτούσε νέες δομές νοσηλείας-φιλοξενίας άρχισε να γίνεται υπερβολικός (Goodwin,1992), ενώ ανακαλύφθηκαν νέα φάρμακα που φαινόταν πλέον περισσότερο αποτελεσματικά σε πολύ σοβαρές ψυχιατρικές παθήσεις (κυρίως ψυχώσεις). Ως αποτέλεσμα του νέου τρόπου σκέψης της ψυχικής νόσου, την περίοδο αυτή αναπτύσσονται τα πρώτα κέντρα ψυχικής υγείας, τα νοσοκομεία ημέρας, τα οικοτροφεία. Παράλληλα, παρατηρούνται και οι πρώτες συστηματικές προσπάθειες ψυχο-εκπαίδευσης ασθενών-ομάδων υψηλού κινδύνου για την ψυχική νόσο εκτός νοσοκομείου (εξωνοσοκομειάκη παρέμβαση), σε μια προσπάθεια περιορισμού της αθρόας εισαγωγής ασθενών σε νοσοκομεία και επανεμφάνισης της ιδρυματοποίησης (Χριστοπούλου, 2008).

Τελικά, η από-ασυλοποίηση, αν και ξεκίνησε με τις καλύτερες προθέσεις και είχε τις προϋποθέσεις να αλλάξει την εικόνα της ψυχοπαθολογίας της ψυχικής νόσου, υιοθετήθηκε με

διαφορετικές ταχύτητες και έτυχε διαφορετικής αποδοχής από τις κοινωνίες της Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής, ενώ μέχρι τις μέρες μας αμφισβητείται η επιτυχία και αποτελεσματικότητά της (Alloy et al., 2005· Cohen, 2000· Dickey, 2000). Από την άλλη, η εμφάνιση και η εξάπλωση της επιστήμης της ψυχοφαρμακολογίας έδωσε νέα κατεύθυνση στη θεραπευτική προσέγγιση καθώς αντικατέστησε παραδοσιακές οργανικές θεραπείες (π.χ., ηλεκτροσοκ, ψυχοχειρουργική) και βοήθησε στη μείωση των ασθενών στα νοσοκομεία και τη μεταφορά τους σε κοινωνικές δομές και εξωνοσοκομειακά κέντρα παρακολούθησης δίνοντας χώρο για την εμφάνιση της κοινωνικής-κοινοτικής ψυχιατρικής (Μάνος, 1997).

Στην Ελλάδα, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση ήταν αυτή που εισήγαγε τις έννοιες της αποϊδρυματοποίησης, της εξωνοσοκομειακής παρέμβασης, καθώς και τη συζήτηση για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών και τον περιορισμό της ψυχιατρικής νοσηλείας (Μαδιανός και συν., 2000). Αποτέλεσμα κυρίως των Ευρωπαϊκών αλλά και κοινωνικο-οικονομικών πιέσεων, σταδιακά άρχισε να επανασχεδιάζεται η παρέμβαση στους ψυχικά πάσχοντες έξω από τις νοσοκομειακές δομές, με έμφαση κυρίως στο μοντέλο θεραπείας στην κοινότητα. Κατά τη δεκαετία 1980-1990, παρατηρείται μια αύξηση του κοινοτικού μοντέλου παρέμβασης με τη δημιουργία κέντρων ψυχικής υγείας και ταυτόχρονη μείωση των κλινών στα δημόσια νοσοκομεία, μεταφέροντας ουσιαστικά την πρωτοβάθμια περίθαλψη εκτός νοσοκομείου (Σαραντίδης, 1995). Ωστόσο, αν και τα κοινοτικά προγράμματα ξεκίνησαν με τις καλύτερες προθέσεις, η διάχυση τους στην τοπική κοινωνία δεν είχε πανελλαδικά την ίδια απήχηση και αποδοχή. Το γεγονός αυτό καθυστέρησε στο σύνολο του το εγχείρημα της από-ασυλοποίησης, χωρίς να αμφισβητείται όμως ταυτόχρονα το κοινωνικό-ανθρωπιστικό όφελος για την τοπική κοινωνία και το οικονομικό όφελος για την υγειονομική δομή περίθαλψης (Σακελλαρόπουλος, 2003)

Η μελέτη της ψυχικής νόσου διαχρονικά είναι γεμάτη από προκλήσεις, ευκαιρίες αλλά και αστοχίες ανά τον κόσμο και κατά περιόδους που μελετήθηκε. Η δυσκολία και η επιφυλακτικότητα που διαχρονικά επιδεικνύει η κοινωνία στην κατανόησή της και οι αντιλήψεις που τη συνοδεύουν κάποιες φορές αποτελούν τροχοπέδη στην αποσαφήνιση της. Όμως, δε μπορεί πλέον να αμφισβητείται το γεγονός ότι η επιστημονική μελέτη και κατανόηση της ψυχοπαθολογίας έχει βρει τη θέση της στο πεδίο της έρευνας και μελέτης της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Σε αυτό το πλαίσιο, η εμβάθυνση στην έννοια και τις επιμέρους διαστάσεις που συνιστούν το φάσμα της ψυχοπαθολογίας, αλλά και ειδικότερα της ψυχοπαθολογίας της προσωπικότητας, σε ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών, θα αποτελέσει το αντικείμενο μελέτης των επόμενων κεφαλαίων αυτής της διατριβής.

## **1.2. Η αναζήτηση της έννοιας της Ψυχοπαθολογίας**

Η γνώση μας γύρω από τα φαινόμενα που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία και το πως εκδηλώνονταν ή γίνονταν αντιληπτά στα διάφορα χρονικά και διαπολιτισμικά περιβάλλοντα, αποτέλεσαν την αρχή για τη διατύπωση των δομικών ερωτημάτων γύρω από την έννοια, τις ενδείξεις και τις μορφές της ψυχοπαθολογίας. Μια σειρά από θεμελιώδη ερωτήματα όπως, πως αντιλαμβανόμαστε και διακρίνουμε τα συμπτώματα μιας ασθένειας-διαταραχής, τι ορίζεται ως αίτιο για την εμφάνιση μιας διαταραχής, με ποιο τρόπο μελετούμε και διευρύνουμε τη γνώση μας γύρω από το φάσμα των διαταραχών, είναι μερικά από τα κύρια θέματα που ασχολείται και καλείται να απαντήσει το επιστημονικό πεδίο της ψυχοπαθολογίας (Kring et al., 2010· Hooley et al., 2017). Από την άλλη, η κατανόηση της φύσης και του εύρους των ψυχικών διαταραχών μπορεί να μας δώσει όλες εκείνες τις πληροφορίες που χρειαζόμαστε για να αναπτύξουμε μεθόδους ερμηνείας, αξιολόγησης, θεραπείας και πρόληψης, για μια σειρά από δύσκολες και διαχρονικές ψυχικές διαταραχές που παραμένουν υπό διερεύνηση (Bridley & Daffin, 2018).

Στο άκουσμα της λέξης «ψυχοπαθολογία» ο νους μας πάει σε κάτι που ίσως αναφέρεται στην ψυχή, στο ψυχικό κομμάτι μας, το οποίο όχι μόνο είναι κάτι άυλο, αλλά και εννοιολογικά επιδέχεται πολλές ερμηνευτικές προσεγγίσεις ανάλογα με την επιστημονική θεώρηση που υιοθετούμε. Ωστόσο το ερώτημα γύρω από τη μελέτη της ψυχοπαθολογίας παραμένει ανεξάρτητα της επιστημονικής προσέγγισης: τι είναι η ψυχοπαθολογία και πως μπορεί να μελετηθεί και να ερμηνευθεί; Για την έννοια της ψυχής και του ψυχικού κόσμου, έχουν ενδιαφερθεί και έχουν τοποθετηθεί κοινωνικές, ανθρωπιστικές, φιλοσοφικές, βιολογικές επιστήμες.

Ο όρος «ψυχοπαθολογία» είναι σύνθετη λέξη και προκύπτει από τρεις ελληνικές λέξεις, «ψυχή», «πάθος» (με την έννοια του υποφέρω, πονάω) και «λόγος» (με την έννοια του μιλάω,

επικοινωνώ, συζητώ) και επιδιώκει να αποδώσει τη σύνδεσή τους σε μια γενικότερα αφηρημένη έννοια (Ζερβής, 2003· Rudd, 2014). Φαινομενικά, ο όρος «ψυχή» παραπέμπει σε φιλοσοφικά ρεύματα και αναζητήσεις από την κλασσική εποχή στην αρχαία Ελλάδα (π.χ., τον Αριστοτέλη και τον Ιπποκράτη) μέχρι πιο θεοκρατικές και μεσαιωνικές θεωρίες αναφορικά με τη σχέση σώματος και ψυχής (Clark & Watson, 1999· Rudd, 2014). Ανεξάρτητα της οπτικής θεώρησης της λέξης, η ίδια η ουσία είναι μέσα στη λέξη «ψυχή», όπου περικλείεται ένα μεγάλο εννοιολογικό εύρος λέξεων και διατυπώσεων που συνθέτουν τα λεγόμενα «εσωτερικά» χαρακτηριστικά του ανθρώπου, τον υποκειμενικό κόσμο που διαφέρει από την εξωτερική συμπεριφορά. Αυτό γίνεται πιο κατανοητό αν σκεφτούμε πως μια συμπεριφορά που ενδεχομένως να συμβάλει στην ανάπτυξη μιας «διαταραχής» μπορεί να γίνεται αντιληπτή μέσω κάποιων εξωτερικών, φανερών σημείων (πχ. στο λόγο, στις κινήσεις) και ιδιόμορφων εκδηλώσεων, που αναμφίβολα όμως έχει και ένα εσωτερικό περιεχόμενο, μη αντιληπτό και δύσκολα προσβάσιμο στην αντίληψή του (Ζερβής, 2003). Και αν μιλάμε για τη διερεύνηση του τί μπορεί να νοηθεί ως «παθολογικό», αυτό προϋποθέτει ότι έχουμε αποσαφηνίσει το τί είναι «φυσιολογικό» ή στην καλύτερη των περιπτώσεων, τί γνωρίζουμε για την έννοια του φυσιολογικού.

Στην ορολογία της ιατρικής, ο όρος παθολογία αναφέρεται σε μια πάθηση (ασθένεια), και κατά συνέπεια στη διάγνωση και τη θεραπεία της. Για τη μελέτη της ψυχοπαθολογίας όμως, εγείρονται ερωτήματα αναφορικά με το κατά πόσο οι ψυχικές ασθένειες είναι αρρώστιες (νοσολογικά φαινόμενα). Καθώς αρκετές φορές η συνέχεια της σχέσης μεταξύ ψυχικής υγείας και ψυχικής ασθένειας δεν είναι σαφής, η διάκρισή τους και κατά συνέπεια η διάγνωσή τους καθίσταται δύσκολη (The United States Department of Health and Human Services, 1999). Αυτό συμβαίνει κυρίως γιατί η διεύρυνση του όρου της ψυχοπαθολογίας, επιτρέπει τη συσχέτιση

της έννοιας με ένα πλήθος αλληλεξαρτώμενων σχέσεων: από τα συμπτώματα, τις εσωτερικές διεργασίες, τα βιολογικά στοιχεία, την προσωπικότητα, το συναισθηματικό φορτίο έως την τελική αναγνώριση και οργάνωση των φαινομένων σε ένα καταγραφικό χάρτη προσδιορισμού της.

Η προβληματική του ορισμού της ψυχοπαθολογίας, έχει αποτελέσει ανά τους αιώνες σημείο αντιπαράθεσης και αντιλόγου μεταξύ διαφόρων επιστημών και ειδικών από διάφορες επιστήμες (ψυχιατρική, ψυχολογία, κοινωνιολογία, θεολογία, φιλοσοφία). Ουσιαστικά όμως, καμιά επιστήμη δεν έχει καταφέρει να περιγράψει επαρκώς την έννοια της ψυχοπαθολογίας με μια συγκεκριμένη ορολογία, παρά ίσως μόνο με μια πολυδύναμη αναφορά σε ένα εύρος συμπεριφορών, συμπτωμάτων, κριτηρίων οργανωμένα σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο αναφοράς (Alloy et al., 2005· Oltmanns, & Emery, 2019· Spitzer, 1999· Ζερβής, 1996). Αυτό οφείλεται κυρίως στον τρόπο που κάθε επιστήμη προσεγγίζει τις αιτίες εμφάνισης της καθώς και τον τρόπο με τον οποίο τις ερμηνεύει (Telles – Correia, 2015). Σύμφωνα με τον Hart (1924), η ψυχοπαθολογία ως επιστημονικό πεδίο μπορεί να γίνει αντιληπτή ως μια προσπάθεια κατανόησης των διαταραχών στο πλαίσιο της αιτιογένειας και των διεργασιών που τις συνοδεύουν και όχι μόνο ως περιγραφή ενός ψυχικού συμπτώματος. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι, στην εννοιολογική της βάση, η ψυχοπαθολογία ενδιαφέρεται για την επιστημονική τεκμηρίωση της σχέσης μεταξύ φαινομένου και αιτίας ή αλλιώς μεταξύ συμπτώματος και προδιάθεσης. Για το σκοπό αυτό, λειτουργώντας με όρους επιστημονικής προσέγγισης, η ψυχοπαθολογία επιχειρεί να οργανώσει τα φαινόμενα με κανόνες ώστε να μπορεί να τα μελετήσει και να τα ταξινομήσει, όπως ακριβώς συμβαίνει και με τις επιστήμες της βιολογίας, της φυσιολογίας, κλπ. (Hart, 1924).

Μέχρι και τα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα, η προσέγγιση για την κατανόηση της ψυχοπαθολογίας γίνονταν μέσα από το πρίσμα των «μεγάλων καθηγητών» και των «επιτροπών από ειδικούς» που αποφαινόταν για το τί είναι και τι δεν είναι παθολογικό βάσει της εμπειρίας τους και της αναμφισβήτητης γνώσης τους (Kendler, 1990). Εξάλλου η παρακαταθήκη γύρω από τα νοσολογικά συστήματα για την ερμηνεία της ψυχοπαθολογίας, που είχαν αφήσει τα προηγούμενα μεγάλα ονόματα του 19<sup>ου</sup> αιώνα, όπως του Pinel, του Krepelin, του Blueler και του Schneider, ήταν ακόμα επίκαιρη και αδιαμφισβήτητη. Εκείνη την περίοδο, και υπό την επήρεια του φιλοσοφικού ρεύματος της φαινομενολογίας, ο Carl Jaspers (1883-1969) υιοθετεί και εφαρμόζει την φαινομενολογική προσέγγιση στη μελέτη της ψυχοπαθολογίας. Με τη μέθοδο αυτή, ο Jaspers επιχειρεί να κατανοήσει τα ψυχοπαθολογικά φαινόμενα όπως πραγματικά συμβαίνουν ή βιώνονται, χωρίς προσωπικές ερμηνείες ή ορισμούς (που μπορεί να δίνονται από ειδικούς με εμπειρία). Αυτή η φιλοσοφική και ταυτόχρονα ψυχιατρική σκέψη του Jaspers, θέτει τις βάσεις για ένα από τα σημαντικότερα ερωτήματα που σχετίζονται με την έννοια της ψυχοπαθολογίας: τι σχέση υπάρχει μεταξύ ατομικής ψυχικής εμπειρίας (mental phenomenon) και στον τρόπο που αυτή εκδηλώνεται με τη συμπεριφορά του ατόμου (Jaspers, 1965).

Με το πρώτο τεύχος του περιοδικού General Psychopathology (Allgemeine Psychopathologie, 1973) ο Jaspers έθεσε τη μεθοδολογική μελέτη της ψυχοπαθολογίας μέσα από μια φιλοσοφική θεώρηση με σκοπό να πετύχει μια προσέγγιση που θα βοηθά τον ειδικό να ορίσει τα βασικά είδη ψυχοπαθολογικών καταστάσεων στους ασθενείς του. Ωστόσο, η προσέγγιση του Jaspers δέχθηκε κριτική κυρίως λόγω της απολυτότητάς της σε θέματα γενετικής (Glatzel, 1978· Blankenburg, 1986), ενώ οι εξελίξεις που ακολούθησαν σε επίπεδο βιολογίας και κυρίως με τη μελέτη της σχέσης αιτίου και αποτελέσματος για τα ψυχολογικά φαινόμενα που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία, έδωσαν θέση σε πιο βιοψυχολογικά μοντέλα



μελέτης και κατανόησης της ψυχοπαθολογίας (Hafner, 2015). Παρόλα αυτά, η συμβολή του Jaspers θεωρείται μέχρι σήμερα καταλυτικής σημασίας στον τρόπο που αναπτύσσεται η μεθοδολογική σκέψη και έρευνα στην περιγραφική ψυχοπαθολογία. Όπως αναφέρει και ο Haug (2002) για τη συμβολή του Jaspers, «η περιγραφική ψυχοπαθολογία που εξακολουθεί να μελετά και να περιγράφει συστηματικά τις εμπειρίες που συμβαίνουν σε συνειδητό επίπεδο, είναι αυτή τη στιγμή η πιο διαδεδομένη πρακτική στην ψυχοπαθολογία [...] και ένα αδιαμφισβήτητο βασικό εργαλείο για τη διαγνωστική διαδικασία» (Haug, 2002, σελ.6).

Η έννοια της περιγραφικής ψυχοπαθολογίας κυριάρχησε στα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα κυρίως ως λογική συνέχεια της ανάπτυξης της επιστήμης της βιολογίας, της ψυχοφαρμακολογίας, αλλά και του αυξανόμενου ενδιαφέροντος μελέτης της συμπεριφοράς και των συναισθημάτων του ατόμου. Σύμφωνα με τον Gogoi (2017), η ψυχοπαθολογία αποτελεί τη «συστηματική μελέτη της αποκλίνουσας εμπειρίας, σκέψης και συμπεριφοράς, που έπονται των διεργασιών ενός διαταραγμένου εγκεφάλου και εκδηλώνονται ως συμπτώματα» (σελ.12). Γύρω από αυτόν τον ορισμό οργανώνεται το σύνολο των δραστηριοτήτων-μελετών της ψυχοπαθολογίας, και επιμερίζεται α) στη διερευνητική ψυχοπαθολογία που προσπαθεί να ερμηνεύσει τα φαινόμενα βάσει μια θεωρητικής κατασκευής (πχ. συμπεριφοριστικές, ψυχοδυναμικές, υπαρξιακές θεωρίες) και β) στην περιγραφική ψυχοπαθολογία που επιχειρεί να αποδώσει με ακρίβεια, να κατηγοριοποιήσει και να κατονομάσει τις αποκλίνουσες εμπειρίες που βιώνει το άτομο και διαπιστώνονται στις συμπεριφορές του (Gogoi, 2017).

Ειδικότερα, για την κατανόηση της περιγραφικής ψυχοπαθολογίας, ο Berrios (1996), αναφέρει δυο προσεγγίσεις που διαμόρφωσαν τη μελέτη της από τον 19<sup>ο</sup> αιώνα: από τη μια, την εκτίμηση ότι όλα τα νοσηρά φαινόμενα είναι απλά ποσοτικές διαβαθμίσεις των «φυσιολογικών» νοητικών λειτουργιών («λογική της συνέχειας») και από την άλλη, ότι τα εκδηλούμενα

συμπτώματα είναι τόσο «αλλόκοτα» που είναι απίθανο να αποτελούν εκφάνσεις της «φυσιολογικής» συμπεριφοράς («λογική της ασυνέχειας»). Με αυτόν τον τρόπο η ψυχοπαθολογία καθίσταται μια συστηματική και οργανωμένη μελέτη μιας ομάδας συμπεριφορών του ατόμου που επιχειρεί να ερμηνεύσει ένα ευρύ φάσμα φαινομένων, που περιλαμβάνει ήπιες συναισθηματικές δυσκολίες, ξαφνικές ψυχολογικές μεταπτώσεις, διαταραχές της προσωπικότητας που εμποδίζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου, μέχρι σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις από εγκεφαλική βλάβη, συμπεριφορικές ή ψυχολογικές επιπτώσεις από χρήση ουσιών (Lemma, 1996). Κατά συνέπεια, το ζήτημα-ερώτημα που διατρέχει το σύνολο των εννοιών που πραγματεύεται η ψυχοπαθολογία συνοψίζεται στην προσπάθεια της αποτύπωσης και κατανόησης της σχέσης μεταξύ αποκλίνουσας συμπεριφοράς και γενεσιουργού αιτίας (είτε βιολογική, είτε ψυχολογική).

Με αυτό το σκεπτικό, η περιγραφική ψυχοπαθολογία έχει αποτελέσει τη βάση της κατανόησης των ψυχικών φαινομένων. Σύμφωνα με τον Kendler (2008), υπάρχει πλέον επαρκής επιστημονική επιβεβαίωση ότι η κατανόηση της ψυχοπαθολογίας «περιλαμβάνει την αναγνώριση και κατανόηση μια σειρά από αιτιακές διεργασίες σε μικρό και μεγάλο επίπεδο, οι οποίες συμβαίνουν εσωτερικά και εξωτερικά του ατόμου. Αυτές οι διεργασίες μπορούν να γίνουν κατανοητές καλύτερα μέσα από μια συνδυαστική σκέψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προσεγγίσεων» (σελ. 695). Αρκετές πλέον έρευνες έχουν αναδείξει αυτές τις σχέσεις, όπως πχ. την αιτιότητα μεταξύ γονιδίων και της διαταραχής χρήσης ουσιών (Derringer et al., 2012), τη σημασία της κουλτούρας μιας κοινωνίας στη διαμόρφωση των διατροφικών διαταραχών (Keel & Klump, 2003), τη σχέση μεταξύ σχιζοφρένειας και πυκνότητας πληθυσμού και μετανάστευσης (Kelly et al., 2010· Bourque et al., 2011). Αυτό όμως δε σημαίνει ότι όλοι οι αιτιολογικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες συνεισφέρουν με την ίδια βαρύτητα στην εμφάνιση

της ψυχοπαθολογίας. Ένα κριτήριο της αξιολόγησης της βαρύτητας αυτών των παραγόντων είναι ο βαθμός της δυναμικής τους. Για παράδειγμα, κάποιοι αιτιολογικοί παράγοντες όπως τοπικές κοινωνικές αξίες (κατανάλωση αλκοόλ, ισχυρές στερεοτυπικές διαφορές στους ρόλους μεταξύ των φύλων), μπορεί να έχουν μια κάποια σχετική βαρύτητα και σημασία για την εμφάνιση μιας δυσλειτουργικής συμπεριφοράς, ωστόσο κάποιοι άλλοι (π.χ., γενετικοί, γνωσιακοί, διαπροσωπικοί), να είναι πιο ισχυροί και κατά συνέπεια να σχετίζονται περισσότερο με την ψυχοπαθολογία (Berenbaum, 2013).

Στα πλαίσια της γενικότερης άτυπης εννοιολογικής προσέγγισης, ο όρος ψυχοπαθολογία τείνει γενικά να περιλαμβάνει ένα εύρος από συμπεριφορές, σκέψεις και συναισθήματα που είναι πιθανό να εμποδίσουν ή και να καθυστερήσουν το άτομο στην προσπάθειά του για μια ομαλή προσαρμογή στη ζωή (Klein, 1978· Spitzer & Endicott, 1978· Wakefield, 1992). Όμως η προσέγγιση και η απόπειρα ερμηνείας των ίδιων των συμπεριφορών ως παθολογικές εκδηλώσεις απαιτεί τη διάκριση μεταξύ υγιών και μη υγιών συμπεριφορών. Επομένως, η καταγραφή των παραμέτρων της φυσιολογικής συμπεριφοράς και το πως αυτή μεταβάλλεται σε σχέση με την ηλικία, το φύλο, τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά και άλλων παρόμοιων χαρακτηριστικών, συνιστά το βασικό ερώτημα του «τί συνιστά αποκλίνουσα-παθολογική συμπεριφορά» και κατά συνέπεια «ψυχοπαθολογία» (Costello, 1980· Lefkowitz & Burton, 1978).

Σε αντίθεση με τη διάχυτη συζήτηση «περί γέννησης» και ερμηνείας της ψυχοπαθολογίας, η σύγχρονη προσέγγιση έχει υιοθετήσει ως απόπειρα απάντησης, δυο γενικά μοντέλα κατανόησης και ερμηνείας των ψυχικών φαινομένων στην ψυχοπαθολογία: α) το νευροβιολογικό και β) το ψυχοκοινωνικό με τις υποκατηγορίες: i) το ψυχοδυναμικό, ii) το συμπεριφοριστικό, iii) το γνωσιακό, iv) το διαπροσωπικό, v) το υπαρξιακό και vi) το ανθρωπιστικό μοντέλο (Ζερβής, 2003· Widiger, 2004· Χριστοπούλου, 2008). Στην πρώτη

μεγάλη κατηγορία ουσιαστικά τοποθετούνται όλες οι θεωρίες που αφορούν τα οργανικά-βιολογικά αίτια των ψυχικών διαταραχών, όπως π.χ., γενετικές υποθέσεις, νευροχημεία, με κύριο όργανο έκφρασης και απόδοσης της αιτιακής σχέσης τον εγκέφαλο. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται «οι ψυχικές ασθένειες είναι πραγματικές, διαγνώσιμες και θεραπεύσιμες εγκεφαλικές διαταραχές» (Hyman, 1998, p. 38).

Στη δεύτερη κατηγορία, περιλαμβάνονται όλες οι προσεγγίσεις που μελετούν τη συμπεριφορά και κοινωνική διάδραση του ατόμου σαν αποτέλεσμα των ψυχικών λειτουργιών του. Η βασική αρχή που διέπει σχεδόν όλες τις ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις είναι ότι το ανθρώπινο είδος στην εξελικτική του πορεία μέσα στους αιώνες, ανέπτυξε μια πληθώρα συμπεριφορών-μηχανισμών απαραίτητων για την επιβίωση και προσαρμογή του (Tooby & Cosmides, 1990· Durrant & Ellis, 2003). Συμπεριφορές που σε παλαιότερες περιόδους της ανθρώπινης ζωής θεωρούνταν ως βασικές συμπεριφορές επιβίωσης, σήμερα μπορεί να θεωρούνται μη αποδεκτές κοινωνικά, αποκλίνουσες κατά συνέπεια παθολογικές (Buss et al., 1998). Για παράδειγμα, η κοινωνικό-βιολογική θεωρία του Seligman (1971) για το άγχος και τη λειτουργία του. Η θεωρία του υποστήριξε ότι η έμφυτη προδιάθεση του ατόμου για φόβο σε συγκεκριμένα αντικείμενα και καταστάσεις, είχαν νόημα επιβίωσης στην προϊστορική εποχή του ανθρώπινου είδους για την προστασία της ζωής του. Σήμερα ο ίδιος μηχανισμός (υπερβολικός και υπέρμετρος φόβος και αγωνία για κοινωνικά ερεθίσματα) φαίνεται να ευθύνεται για μια σειρά από κοινωνικά φοβικές συμπεριφορές του ατόμου, όπως η αγοραφοβία, η κοινωνική φοβία, η διαταραχή πανικού. Οι αναδυόμενες θεωρητικές προσεγγίσεις, αξιοποίησαν η καθεμιά από διαφορετική οπτική τη σημασία αυτών των πυρηνικών και θεμελιωδών μηχανισμών λειτουργίας και προσαρμογής του ατόμου στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Το αποτέλεσμα

ήταν ένα πλήθος θεωρητικών ψυχολογικών προσεγγίσεων, που η καθεμία καταθέτει τη δικιά της ερμηνευτική προσέγγιση στην κατανόηση της έννοιας της ψυχοπαθολογίας.

Όμως, η σύγχρονη προσέγγιση αντίληψης των ψυχικών φαινομένων που σχετίζονται με την εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών, απαιτεί αντίστοιχα και όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένους ορισμούς-έννοιες για τη φύση των φαινομένων που καλείται να μελετήσει. Οι διαχρονικές δυσκολίες ταξινόμησης των εννοιών που πραγματεύεται η ψυχοπαθολογία αποτυπώθηκαν για πολλά χρόνια στα διαγνωστικά εγχειρίδια των ψυχικών διαταραχών (όπως π.χ. το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Διαταραχών Ψυχικής Υγείας-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM], 1952) και τα διεθνή ταξινομικά συστήματα ψυχικής υγείας (όπως το Σύστημα Διεθνούς Ταξινόμησης Διαταραχών-International Classification of Diseases [ICD], 1900). Έτσι σήμερα, μπορούμε να πούμε ότι έχει επιτευχθεί μια κοινά αποδεκτή προσέγγιση του ορισμού της ψυχοπαθολογίας, με συνθετικά στοιχεία, τουλάχιστον σε κάποιες γενικές παραδοχές που την απαρτίζουν και θεμελιώνουν μια επιστημονική βάση μελέτης της (Lilienfeld & Marino, 1999· Stein et al., 2010)

### **1.3. Αποκλίνουσα συμπεριφορά και ψυχικές διαταραχές**

#### **1.3.1. Προσεγγίζοντας την έννοια της αποκλίνουσας συμπεριφοράς**

Για την απόπειρα προσδιορισμού της αποκλίνουσας συμπεριφοράς στην ψυχολογία, έχουν διαχρονικά χρησιμοποιηθεί αρκετοί όροι, όπως μη φυσιολογική, διαταραγμένη, ψυχοπαθολογική, αφύσικη, διεστραμμένη, ανώμαλη, νοσηρή, κ.ά.. Κατά καιρούς, έχουν κατατεθεί μια σειρά από μελέτες, κριτικές και προτάσεις αναφορικά με τον προσδιορισμό της έννοιας αυτής, που ακόμη εξακολουθούν να προκαλούν διευρυμένες συζητήσεις (Kotov et al., 2018· Nathan & Langenbucher, 1999· Wakefield 1992α, 1997β, 1999γ). Όπως και να έχει όμως, το εννοιολογικό περιεχόμενο του όρου που υιοθετείται στην ψυχοπαθολογία, σχετίζεται άμεσα με την ύπαρξη ενός ταξινομικού συστήματος και με αυτό το σκεπτικό είναι απόλυτα επιβεβλημένη η αποσαφήνισή του. Για την ακρίβεια, είναι πρακτικά αδύνατο να κατανοήσουμε την έννοια και το αντικείμενο της ψυχοπαθολογίας αν δεν αποσαφηνιστεί πρώτα απ' όλα η έννοια της αποκλίνουσας συμπεριφοράς.

Ο εννοιολογικός προσδιορισμός της αποκλίνουσας συμπεριφοράς είναι αναπόφευκτο κομμάτι του ορισμού της ψυχικής ασθένειας. Μάλιστα, υποστηρίζεται ότι η αποκλίνουσα συμπεριφορά πρέπει να εξετάζεται και να ερμηνεύεται στο εκάστοτε πλαίσιο που μελετάται. Γι' αυτό και ο Szasz (1960) θεωρούσε ότι η έννοια της αποκλίνουσας συμπεριφοράς που ενδεχομένως να σχετίζεται με τις ψυχικές διαταραχές όπως τις αντιλαμβάνεται η κοινωνία, είναι απλά δυσκολίες της καθημερινότητας και της συμβίωσης και όχι ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα στο άτομο. Άλλοι πάλι μελετητές θεωρούν ότι με την υιοθέτηση του όρου «ψυχικές διαταραχές» γίνεται μια απόπειρα ελέγχου των ατόμων που η συμπεριφορά τους «δεν ταιριάζει» στην

κοινωνική νόρμα και δύναται να προκαλέσει απειλή ή αναστάτωση στην κοινωνική δομή (Sarbin & Mancuso, 1980· Scheff, 1966).

Οι Follette και Houts (1996) υποστήριξαν ότι μια απόπειρα ορισμού της αποκλίνουσας συμπεριφοράς θα πρέπει να στοχεύει στην ερμηνεία του εμπειρικού πεδίου (πχ. τί σημαίνει) που μελετάται και να αναζητά μοντέλα ή θεωρίες που θα μπορούσαν να το ερμηνεύσουν (πχ. ποιες αιτίες το προκαλούν). Έτσι, εάν η αποκλίνουσα συμπεριφορά νοείται ως μια «νόσος του μυαλού» στο γενικότερο πεδίο των ασθενειών, τότε εκ των πραγμάτων μόνο ένα ιατρικό μοντέλο μπορεί να την προσδιορίσει επαρκώς. Άλλοι ορισμοί, όπως «μαθημένη συνήθεια», «πολιειμματική απόκλιση», δημιουργούν αντίστοιχα προβλήματα προσδιορισμού της έννοιας.

Με αυτό το σκεπτικό, η προσπάθεια προσδιορισμού της αποκλίνουσας συμπεριφοράς έγινε αναπόσπαστο κομμάτι του ορισμού της ψυχικής διαταραχής, αναδεικνύοντας ταυτόχρονα τη μεταξύ τους σχέση. Ενδεικτικά, ο Bergner (1997) διατύπωσε την άποψη ότι η ψυχική διαταραχή περιγράφεται καλύτερα ως η σημαντική αδυναμία του ατόμου να εμπλακεί σε προγραμματισμένες ενέργειες και κατά συνέπεια να συμμετάσχει σε κοινωνικές ενέργειες. Από την άλλη, ο Dammann (1997) επεσήμανε το ζήτημα της ηθικής στην κλινική πράξη που συνεπάγεται η αδυναμία κατασκευής και υιοθέτησης ενός ορισμού της ψυχικής διαταραχής: χωρίς αποσαφηνισμένη την έννοια της διαταραχής, δε μπορεί να υπάρξει θεραπεία και η θεραπευτική σχέση τίθεται υπό αμφισβήτηση. Ο Wakefield (1997) στην ανασκόπηση της απόπειρας των κατασκευασμένων ορισμών για την ψυχική διαταραχή λίγο μετά την αναθεώρηση του DSM-IV (APA, 1994), αναφέρει ότι *«η αδυναμία της πρόσφατης αναθεώρησης να αποδώσει έναν ορισμό για την ψυχική διαταραχή, επιτείνεται από το πρόβλημα των υπερβολικών κριτηρίων που καθιστούν το ίδιο το εγχειρίδιο περιττό, τη δε προσπάθεια κατανόησης της φύσης των ψυχικών διαταραχών, ακόμα πιο πολύπλοκη»* (σελ. 649).

Κατά την αναθεώρηση του DSM-III, ο Spitzer (1973α, 1982β) διατύπωσε την άποψη ότι, ένας ολοκληρωμένος ορισμός της ψυχικής υγείας μπορεί να θέσει τη βάση για μια επαναπροσέγγιση της έννοιάς της, από μια α-θεωρική προς μια εμπειρική βάση ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών, λαμβάνοντας υπόψη όχι μόνο αυστηρά ιατρικές αντιλήψεις, αλλά και τις κοινωνικές και ηθικές αξίες για τον προσδιορισμό μιας κοινωνικής νόρμας. Ουσιαστικά αυτό που πρότεινε ο Spitzer, ήταν η μετακίνηση της έννοιας της διαταραχής, από το ταξινομικό σύστημα των νοσημάτων (ασθένειες, επιδημίες) προς την υιοθέτηση ψυχολογικών εννοιών και όρων που αφορούν τη λειτουργικότητα του ατόμου σε συνθήκες στρες.

Σε αυτό το πλαίσιο, ο Wakefield (1992) πρότεινε την ανάλυση του όρου «διαταραχή» ως μια πρώτη προσέγγιση του προβλήματος: *«μια διαταραχή υπάρχει όταν η αποτυχία των εσωτερικών μηχανισμών του ατόμου να ανταποκριθεί στις βασικές λειτουργίες που απαιτεί το φυσικό περιβάλλον, επηρεάζει με δυσκολία τη λειτουργικότητα του ατόμου, όπως αυτή ορίζεται από τις κοινωνικές αξίες και έννοιες»* (Wakefield, 1992, σελ. 373). Ο όρος «δυσκολία λειτουργικότητας» είναι πολύ κοντά στον ορισμό για τη διαταραχή που χρησιμοποιήθηκε στο DSM-IV και απαιτεί δυο υποχρεωτικές συνθήκες για τη διάγνωση της διαταραχής: «δυσλειτουργία» και «αρνητικές συνέπειες». Οι δυο έννοιες αποτελούν κομβικές ορολογίες του ορισμού, καθώς η «δυσλειτουργία» περιλαμβάνει την επιστημονική προσέγγιση (για την αποτυχία της φυσιολογικής λειτουργίας ενός γνωστικού μηχανισμού), ενώ οι «αρνητικές συνέπειες» περιλαμβάνουν την κοινωνική διάσταση (νόρμα του πληθυσμού) του χώρου όπου δρα και ενεργεί το άτομο.

Προς την κατεύθυνση αυτή ήταν και οι αναθεωρήσεις των διαγνωστικών και στατιστικών εγχειριδίων (DSM, APA, 1980α, 1987β, 1994γ) που επιχείρησαν να προσδιορίσουν με κατ' εξοχήν επιστημονικό τρόπο την έννοια της ψυχικής διαταραχής. Στην απόπειρα ορισμού



της ψυχικής διαταραχής και για την αποφυγή της ταύτισης αλλά και της γενίκευσης των εννοιών, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (American Psychiatric Association-APA) για πρώτη φορά στην 4<sup>η</sup> έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου (DSM-IV, 1994), διατύπωσε την άποψη ότι, «...παρότι αυτό το εγχειρίδιο παρουσιάζει μια ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών, θα πρέπει να τονιστεί ότι δεν έχει υπάρξει ένας επαρκής ορισμός που να περιγράφει την έννοια της “ψυχικής διαταραχής” ...οι ψυχικές διαταραχές θα μπορούσαν να περιγραφούν από μια σειρά από έννοιες (όπως πχ. δυσφορικό στρες, δυσκολία ελέγχου, ακαμψία, παραλογισμός, σύνδρομα, στατιστική απόκλιση), με την καθεμιά να αποτελεί ένα κρίσιμο δείκτη ορισμού της ψυχικής διαταραχής, αλλά καμιά να μη μπορεί να την περιγράψει από μόνη της..» (σελ. xxi).

Ουσιαστικά ήταν η πρώτη προσπάθεια μετατόπισης της έννοιας της ψυχικής διαταραχής από τους πιθανολογικούς «α-θεωρικούς» ορισμούς και τα πολυθετικά διαγνωστικά κριτήρια στην υιοθέτηση συγκεκριμένων επιστημονικών κριτηρίων και αξιοποίησης εμπειρικών δεδομένων.

Η σημασία του διαχωρισμού μεταξύ φυσιολογικής και μη φυσιολογικής ψυχολογικής λειτουργικότητας έχει ιδιαίτερα βαρύνουσα σημασία στις επιδημιολογικές έρευνες και μελέτες (Leighton & Murphy, 1997) καθώς βοηθά στην κατανόηση της αποκλίνουσας συμπεριφοράς. Στις έρευνες τους οι Regier et al. (1998) ανέδειξαν την προβληματική της υπέρ-διάγνωσης με τα δεδομένα που άντλησαν από εθνικές επιδημιολογικές έρευνες. Υποστήριξαν ότι, τα ποσοστά επικράτησης της ψυχοπαθολογίας στο γενικό πληθυσμό είναι τόσο υψηλά σε διάφορες χρονικές περιόδους, που θέτουν υπό αμφισβήτηση τα κριτήρια που υιοθετούνται για το χαρακτηρισμό μιας αποκλίνουσας συμπεριφοράς ως διαταραχή. Ήδη, οι κριτικές που είχαν δεχθεί τα διεθνή ταξινομικά συστήματα (DSM, ICD) εστίαζαν στο στοιχείο της υπέρ-διάγνωσης της ψυχοπαθολογίας, εγείροντας ζήτημα αξιοπιστίας (Follette & Houts 1996· Rogler 1997). Από την άλλη, πιο ιατρικές προσεγγίσεις, όπως της Klein (1999) υποστήριξαν τις φαρμακευτικές

θεραπείες ως απόπειρα απάντησης στον ορισμό της αποκλίνουσας παθολογίας και επιμέρους διαστάσεων της (π.χ. κατάθλιψη). Ωστόσο, παρόλες τις αναθεωρήσεις των ταξινομικών εγχειριδίων, ο ορισμός της «διαταραχής» παρέμεινε να δημιουργεί μια σειρά από προβλήματα που εμποδίζουν την αποσαφήνιση της έννοιας της αποκλίνουσας συμπεριφοράς (Telles 2018· Spitzer 1988· Wakefield 1982).

Πιο πρόσφατα, οι Adams et al., (2002) στην προσπάθεια να προσεγγίσουν τη σχέση μεταξύ αποκλίνουσας συμπεριφοράς και διαταραχής ανέπτυξαν τρεις προβληματισμούς γύρω από την κατανόησή τους. Ο πρώτος προβληματισμός έχει να κάνει με το αν η αποκλίνουσα συμπεριφορά είναι απλά μια κατασκευασμένη στάση (νόρμα) στο πλαίσιο της κριτικής των κοινωνικών αξιών της εκάστοτε εποχής. Εάν δηλαδή, οι όποιες αποκλίνουσες συμπεριφορές είναι προσωπικές αρνητικές στάσεις μιας κοινωνικής έννοιας (πχ. δικαιοσύνη), που όμως εάν τοποθετηθούν σε ένα σύστημα κοινωνικών αξιών (πχ. ειλικρινείς σχέσεις), θεωρούνται ως κοινωνικές αποκλίσεις (διαταραχές), χωρίς απαραίτητα να είναι. Για παράδειγμα, οι αντιφρονούντες πολιτικών πεποιθήσεων, η «δραπετομανία» (η φυγή των σκλάβων από τα αφεντικά τους) ή άλλες κοινωνικά «αποκλίνουσες» συμπεριφορές (η μαζική, τυφλή υπακοή μιας ομάδας ατόμων σε ένα αρχηγικό δόγμα «κοινωνικής ανωτερότητας»), σε συγκεκριμένες κοινωνίες και χρονικές περιόδους, θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως διαταραχές.

Ένα ακόμα χαρακτηριστικό παράδειγμα της σχέσης μεταξύ αποκλίνουσας συμπεριφοράς και διαταραχής, στο δυτικό πολιτισμικό πλαίσιο, είναι όταν ένα άτομο που ακούει φωνές ή βλέπει οράματα, που θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι έχει κάποιου είδους διαταραχή γνωσιακής-εγκεφαλικής λειτουργίας. Όμως το ίδιο άτομο σε άλλες εποχές και άλλες πολιτισμικές κουλτούρες, θα μπορούσε να θεωρηθεί προφήτης, άγιος, πεφωτισμένος άνθρωπος, ιερός. Το ερώτημα που προκύπτει είναι, αν θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει ότι αυτό το άτομο

υπέφερε από κάποιου είδους διαταραχή; Το κρίσιμο σημείο αναφοράς για τη συζήτηση, είναι μάλλον σε ποιο επίπεδο, αυτή η προσωπική δυσλειτουργία δημιουργεί πρόβλημα στο άτομο και τους άλλους γύρω του. Επομένως το στοιχείο της επικινδυνότητας κατά την εκδήλωση μιας διαταραχής για το άτομα και την κοινωνία, είναι ένα βασικό σημείο του ορισμού της. Και για το λόγο αυτό, ένας υβριδικός ορισμός που περιλαμβάνει την έννοια της «δυσλειτουργίας» και την έννοια της «πρόκλησης βλάβης» μαζί (και όχι μεμονωμένες), είναι απαραίτητος προκειμένου μια συνθήκη συμπεριφοράς να ορισθεί ως ψυχική διαταραχή, σύμφωνα και με τον ορισμό του Wakefield (1982) για την αποκλίνουσα συμπεριφορά.

Μια δεύτερη προβληματική του ορισμού της αποκλίνουσας συμπεριφοράς, έχει να κάνει με το κατά πόσο είναι αποτέλεσμα εσωτερικών νοητικών διεργασιών ή συμπεριφοράς. Αυτή η προβληματική αναδεικνύει αφενός μεν τη σημαντικότητα και μοναδικότητα των εσωτερικών νοητικών διεργασιών που επιτελούνται στο άτομο (π.χ., μνήμη, επεξεργασία πληροφοριών), αφετέρου δε τη σχέση μεταξύ βιολογικών-γενετικών παραγόντων και νοητικών διεργασιών. Καθώς οι εγκεφαλικές νοητικές διεργασίες δεν είναι μόνο βιολογικές, μια έκπτωση στη μνημονική ικανότητα του ατόμου δεν μπορεί να θεωρηθεί μόνο ψυχολογική ή μόνο βιολογική δυσλειτουργία. Όταν για παράδειγμα, ένα άτομο χαρακτηρίζεται ως «διαταραγμένο» ο χαρακτηρισμός δε μπορεί να είναι αποτέλεσμα μόνο ενός περιβαλλοντικού γεγονότος. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, όπου βάζει το άτομο σε μια περίοδο πένθους με έντονα τα καταθλιπτικά στοιχεία στη συμπεριφορά του (π.χ., απόσυρση, ανηδονία, μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης). Όμως, αυτή η συμπεριφορά δεν είναι σωστό να εκληφθεί ως διαταραχή (π.χ., κατάθλιψη), καθώς με την πάροδο του χρόνου, το άτομο επανέρχεται σε φυσιολογικούς ρυθμούς και συναίσθημα. Κατά συνέπεια, οι όποιες δυσλειτουργίες της συμπεριφοράς που εμφανίζει το άτομο, θα πρέπει να αξιολογούνται με

ιδιαίτερη προσοχή σε σχέση με τα γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή του ατόμου, την προσωπική αποτελεσματικότητα στις καθημερινές δραστηριότητες καθώς και την επάρκεια των νοητικών λειτουργιών, καθώς δεν είναι όλες οι αποκλίνουσες συμπεριφορές «διαταραχές». Αυτός ο διαχωρισμός είναι απαραίτητος, τόσο νομικά (π.χ. είναι ο δράστης αθώος λόγω ψυχικής διαταραχής) όσο και κοινωνικά (π.χ. η στάση απέναντι στις μειονότητες είναι πολιτικό-κοινωνικά κατευθυνόμενη ή μια συλλογική «παράνοια»), με στόχο τον εννοιολογικό προσδιορισμό της αποκλίνουσας συμπεριφοράς (Adams et al., 2002).

Ένας επιπλέον προβληματισμός του όρου έχει να κάνει με το ερώτημα εάν η ψυχική διαταραχή είναι ιατρική νόσος. Όπως ακριβώς για τον ορισμό μιας νόσου ή ασθένειας λαμβάνονται υπόψη (εκτός των οργανικών και παθολογικών φαινομένων) και οι κοινωνικές αξίες και αντιλήψεις, κατά τον ίδιο τρόπο και στην απόπειρα ορισμού της αποκλίνουσας συμπεριφοράς πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και το κοινωνικό-πολιτισμικό πλαίσιο στην ερμηνεία της. Και αυτό γιατί μπορεί αφενός όλες σχεδόν οι διαταραχές να είναι ανεπιθύμητες και για την υγεία και για τα πιστεύω μιας κοινωνίας, αφετέρου όμως οι διαταραχές δεν είναι αποτέλεσμα μόνο κοινωνικών και πολιτισμικών πιστεύω.

Για παράδειγμα η πεποίθηση ότι ένα άτομο που μιλάει με θρησκευτικές εικόνες ερμηνεύεται ως πίστη (κοινωνική αντίληψη), ενώ ένα άτομο που αναφέρει ότι του μιλούν οι θρησκευτικές εικόνες ερμηνεύεται ως μη φυσιολογική συμπεριφορά (κάποια εσωτερική οργανική δυσλειτουργία). Αυτή η γενική αρχή της έννοιας της διαταραχής, έχει εφαρμογή τόσο στις οργανικές όσο και στις νοητικές λειτουργίες του ατόμου. Στην πρώτη περίπτωση, η διαταραχή ονομάζεται οργανική διαταραχή με έμφαση στα παθοφυσιολογικά συστήματα λειτουργίας και αντίδρασης (π.χ., ψύχωση, διπολική διαταραχή), ενώ στη δεύτερη

χαρακτηρίζεται νοητική διαταραχή με έμφαση στους ψυχολογικούς μηχανισμούς αντίδρασης (π.χ., φοβίες, διαταραχές προσωπικότητας).

Ωστόσο καθώς αρκετές φορές είναι δύσκολο να γίνει διάκριση μεταξύ νοητικής ή οργανικής διαταραχής, αυτό εγείρει ερωτήματα ως προς τον προσδιορισμό της μεταξύ τους σχέσης (ποιο είναι το αίτιο και ποιο το αποτέλεσμα). Οι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα *«ότι το γεγονός ότι γνωρίζουμε τόσα για την οργανική λειτουργία των παθοφυσιολογικών συστημάτων, τις φυσιολογικές τιμές και τις αποκλίσεις τους όταν πρόκειται για δυσλειτουργία, δε μας κάνει τόσο σίγουρους ότι κατέχουμε την ίδια γνώση για τους ψυχολογικούς μηχανισμούς που διέπουν τη λειτουργία των νοητικών μηχανισμών και κατ' επέκταση τη δυσλειτουργία τους, καθώς ακόμα το ερευνητικό πεδίο της ψυχολογίας έχει αναπάντητα ερωτήματα»* (Adams et al., 2002, σελ. 9).

Στη βάση αυτής της προβληματικής για το προσδιορισμό της αποκλίνουσας συμπεριφοράς, έχουν αναπτυχθεί κατά καιρούς διάφορα θεωρητικά μοντέλα ερμηνείας, ανάλογα με το ύφος και τη σκοπιά της επιστημονικής προσέγγισης που υιοθετήθηκε από τους εμπνευστές. Η αναφορά και συζήτηση γύρω από αυτά τα μοντέλα θα μπορούσε να είναι εκτενής, ενδεικτικά ωστόσο, αναφέρονται το α) το νευροβιολογικό μοντέλο, που θεωρεί τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα ως δυσλειτουργίες των νευροχημικών συνδέσεων του κεντρικού και περιφερικού νευρικού συστήματος (ενδ. Alloy et al., 2005· Feldman et al., 1997· Holsboer, 2001· Smock, 1999· Stahl, 1996), β) το βιοψυχοκοινωνικό, που υποστηρίζει ότι η εξελικτική δυναμική του ανθρώπινου εγκεφάλου εξακολουθεί να απαντά με υπέρμετρη ευαισθησία απειλής σε κάποια ακίνδυνα πλέον περιβαλλοντικά ερεθίσματα (λόγω παλαιότερης περιβαλλοντικής επικινδυνότητας στην εξελικτική ιστορία του ανθρώπινου γένους), και ευθύνεται για την εμφάνιση της ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς (ενδ. Durrant & Ellis, 2003· Buss et al., 1998·

Tooby & Cosmides, 1990), γ) το ψυχοδυναμικό με κύριο εκφραστή τον Freud, που υποστηρίζει ότι η ψυχοπαθολογία αντικατοπτρίζει βαθύτερες εσωτερικές ενδοψυχικές συγκρούσεις που εμποδίζουν την ψυχολογική εξέλιξη και ανάπτυξη του ατόμου (ενδ. Cooper, 1998· Gabbard, 2000· Westen, 1998· Williams & Banyard, 1997), δ) το συμπεριφοριστικό, κατά το οποίο η έκφραση της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς έχει υιοθετηθεί (μαθευτεί) και διατηρηθεί όπως ακριβώς και η λειτουργική-προσαρμοστική συμπεριφορά, κυρίως μέσω της συντελεστικής και εξαρτημένης μάθησης (ενδ. Follette & Houts, 1996· Plaud, 2001· Seligman 1975), ε) το γνωσιακό, που υποστηρίζει ότι πίσω από τις ψυχικές διαταραχές, λειτουργούν διαρκώς τα παράλογα, χωρίς λογική, γνωσιακά σχήματα που καθορίζουν τον τρόπο σκέψης, αντίληψης και επεξεργασίας της πληροφορίας, με αποτέλεσμα την παρερμηνεία της πραγματικότητας (ενδ. Beck, 1967· Beck & Freeman, 1990· Heinrichs & Hofmann, 2001· Reiss & Emde, 2003), στ) το ουμανιστικό, κατά το οποίο η ψυχοπαθολογία θεωρείται ως το αποτέλεσμα της αδυναμίας του ατόμου να διαχειριστεί την έμφυτη ανάγκη του για ελευθερία, δημιουργία και την ισορροπία με την προσωπική ευθύνη (ενδ. Bargh & Chartrand, 2000· Rychlak, 1993· Wegner & Wheatley, 2000), ζ) το ανθρωπολογικό, όπου η ψυχοπαθολογία εξετάζεται στο κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο που ενεργεί και αλληλεπιδρά το άτομο και κατά συνέπεια έχει διαφορετικές εκφάνσεις (ενδ. Fabrega, 1994· Lopez & Guarnaccia, 2000· Widiger & Sankis, 2000) και η) το διαπροσωπικό μοντέλο, που πρεσβεύει ότι η ψυχοπαθολογία μπορεί να μελετηθεί και να κατανοηθεί μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο κοινωνικών και διαπροσωπικών σχέσεων του ατόμου και είναι το αποτέλεσμα προβληματικών κοινωνικών σχέσεων και προσωπικών πεποιθήσεων του ατόμου (Reiss & Emde, 2003· Walker, 1989· Widiger, 1995).

### ***1.3.2. Προσπάθεια Ορισμού Κριτηρίων στην Ψυχοπαθολογία***

Το κυρίαρχο ερώτημα αναφορικά με το πεδίο μελέτης της ψυχοπαθολογίας, επικεντρώνεται πλέον στον προσδιορισμό των κριτηρίων που ορίζουν την έννοια της αποκλίνουσας συμπεριφοράς (Ramsden, 2013· Stein et al., 2010· Strauss et al., 1990). Στο πλαίσιο αυτό, ο Chamorro-Premuzic (2007) περιέγραψε και ουσιαστικά ανακεφαλαίωσε τη συζήτηση καταγράφοντας μια σειρά από συμβατικά κριτήρια σε μια απόπειρα ορισμού της αποκλίνουσας συμπεριφοράς, όπως την στατιστική απόκλιση, τις κοινωνικές και ηθικές νόρμες, την προσωπική δυσφορία, την δυσπροσαρμοστικότητα της συμπεριφοράς και την κλινική προσέγγιση της ψυχικής νόσου ως διάγνωση.

Ένα πρώτο κριτήριο ερμηνείας της ψυχοπαθολογίας και κατ' επέκταση της αποκλίνουσας συμπεριφοράς που έχει υιοθετηθεί, είναι το «στατιστικό κριτήριο» ή αλλιώς «στατιστική απόκλιση». Η στατιστική απόκλιση αντιλαμβάνεται την έννοια της ψυχοπαθολογίας στα πλαίσια μιας συμπεριφοράς που είναι υπερβολική, σπάνια ή μοναδική, σε σχέση με το αναμενόμενο-φυσιολογικό της συμπεριφοράς. Το πρόβλημα ωστόσο αυτού του κριτηρίου είναι ότι, ακόμα και αν είχαμε ακριβή όρια διαχωρισμού μεταξύ της συχνότητας ή μη μιας συμπεριφοράς, υπάρχουν αρκετά παραδείγματα στατιστικών εξαιρέσεων (υπερβολικών τιμών) που δύσκολα θα μπορούσαν να περιγραφούν ως αποκλίνουσες περιπτώσεις. Υπάρχουν αρκετά παραδείγματα της σύγχρονης ή και της νεότερης ιστορίας που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως ασυνήθιστες συμπεριφορές, με παρόν το στοιχείο της εκκεντρικότητας (π.χ., Amadeus Mozart, Michelangelo, Leonardo da Vinci), αφού διέπρεψαν ή υπήρξαν επιτυχημένα άτομα χωρίς φυσικά αυτό να αποτελεί κριτήριο αρνητικής αξιολόγησης της συμπεριφοράς τους. Επομένως, η προσέγγιση της στατιστικής απόκλισης αναφέρεται σε συμπεριφορές που όχι μόνο

δεν είναι συχνές, αλλά κυρίως ανεπιθύμητες και αρνητικές με σαφή αναφορά στον εκάστοτε κώδικα ηθικής της κοινωνίας.

Η αναφορά στον κώδικα ηθικής ή γενικότερα στην έννοια των αξιών προκειμένου να ερμηνευθεί η έννοια της ψυχοπαθολογίας, γίνεται πιο κατανοητή με την προσέγγιση της «κοινωνικής νόρμας», η οποία και ενσωματώνει ένα πλήθος παραγόντων της κουλτούρας που η εκάστοτε κοινωνία αντιλαμβάνεται ως «φυσιολογική» συμπεριφορά των ανθρώπων που την απαρτιώνουν (Scheff, 1966). Υπάρχουν πολλές καταγεγραμμένες κοινωνικές συμπεριφορές, όπως, πχ., η πίστη στις θεϊκές δυνάμεις, η απαγόρευση του ποτού, η θέση της γυναίκας στα δημόσια αξιώματα, που αντικατοπτρίζουν το τί είναι αποδεκτό σε μια κοινωνία. Αυτές οι αντιλήψεις «κανονικότητας» που υπαγορεύονται από τους κώδικες της κουλτούρας, ερμηνεύουν την ηθική δυσφορία που νιώθουν τα άτομα της εκάστοτε κοινωνίας σε κάποιες συμπεριφορές που είναι καταδικαστέες ή ανεπίτρεπτες.

Ένα ακόμα κριτήριο προσέγγισης της αποκλίνουσας συμπεριφοράς είναι και ο βαθμός της «δυσφορίας» ή αλλιώς της «προσωπικής έντασης» που λαμβάνει υπόψη του κατά πόσο το άτομο υποφέρει αλλά και επιθυμεί να απαλλαγεί από αυτό το συναισθηματικό φορτίο (Ramsden, 2013). Παρόλο που αυτό το κριτήριο φαίνεται να υπερέχει των δυο προηγούμενων κριτηρίων, έχει μια σημαντική αδυναμία που αναφέρεται στο κατά πόσο το ίδιο το άτομο μπορεί να αντιληφθεί αυτή τη δυσκολία διαχείρισης του συναισθήματος του. Ένα πλήθος καθημερινών συμπεριφορών όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ είναι επιβλαβή, αν και προσωρινά προσφέρουν κάποιου είδους ευχαρίστηση. Με αυτό το σκεπτικό δε μπορούμε να θεωρήσουμε, ότι ένα άτομο, που έχει χάσει κάποιον δικό του ή υποφέρει από κάποιο προσωπικό θέμα και, ταυτόχρονα, βρίσκεται σε συνθήκη πένθους ή μεγάλης θλίψης (π.χ. σοβαρή ασθένεια οικείου προσώπου), ως αποκλίνον και μη φυσιολογικό, αν δε λάβουμε υπόψη το βαθμό, την εσωτερική ένταση που



προκαλεί η εκάστοτε εξωτερική συνθήκη, καθώς και την προσπάθεια που καταβάλει να τη διαχειριστεί ή να ζητήσει βοήθεια.

Έτσι, ο βαθμός της «προσωπικής αποτελεσματικότητας» ή αντίθετα της «δυσλειτουργίας» της συμπεριφοράς του ατόμου να ανταπεξέλθει στις βασικές καθημερινές απαιτήσεις (π.χ., εργασία, κοινωνικές ή διαπροσωπικές σχέσεις) ορίζουν ένα ακόμα κριτήριο ορισμού της αποκλίνουσας συμπεριφοράς. Χαρακτηριστικό παράδειγμα δυσλειτουργικής ή αποδιοργανωτικής συμπεριφοράς είναι οι συμπεριφορές που σχετίζονται με τις αγχώδεις διαταραχές, οι οποίες έχουν σαν κοινό χαρακτηριστικό ότι αναστέλλουν με κάποιο τρόπο την ενέργεια και λειτουργία του ατόμου για να επιτελέσει επαρκώς καθημερινές, φυσιολογικές εργασίες και πράξεις. Έτσι, ο φόβος π.χ. της πτήσης, του υπογείου, των κλειστών χώρων, εμποδίζουν το άτομο από το να εργαστεί έξω από το σπίτι του, να ταξιδέψει, να βρεθεί με φίλους έξω και το καθιστούν σε αρκετές περιπτώσεις δυσλειτουργικό.

Τα προαναφερθέντα κριτήρια θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως μια πρώτη απόπειρα προσδιορισμού των ορίων μεταξύ φυσιολογικής και αποκλίνουσας συμπεριφοράς. Ωστόσο, η πραγματικότητα του διαχωρισμού τους είναι αρκετά πιο πολύπλοκη, αν μάλιστα λάβουμε υπόψη τη δυσκολία διάκρισης μεταξύ ψυχολογικής και οργανικής ασθένειας. Με μια πρώτη ματιά, τα κριτήρια μπορεί να φαίνονται υπερβολικά θεωρητικά (κοινωνικές νόρμες, στατιστική απόκλιση, προσωπική δυσφορία), ωστόσο είναι εξαιρετικά σημαντικά στην πρακτική τους εφαρμογή για τον χαρακτηρισμό και την αξιολόγηση μιας συμπεριφοράς.

Η προσπάθεια κατανόησης της αποκλίνουσας συμπεριφοράς και της σχέσης της ως αντικείμενο μελέτης της ψυχοπαθολογίας, συνεπάγεται ένα σύστημα που να οργανώνει τις διαφορετικές εκφάνσεις και συμπεριφορές κατά τρόπο απλό και κατανοητό όχι μόνο για τον κλινικό ειδικό, αλλά και γενικότερα για τον απλό μελετητή των ψυχοπαθολογικών φαινομένων.

Για το λόγο αυτό, στο επόμενο κεφάλαιο θα αναπτυχθούν οι βασικοί προβληματισμοί γύρω από τα ταξινομικά συστήματα της ψυχοπαθολογίας.

#### **1.4. Ταξινομικά Ζητήματα στην Ψυχοπαθολογία**

Η προσπάθεια προσδιορισμού ενός ορισμού γύρω από έννοιες με πολυδιάστατη δομή και πολυεπίπεδη αλληλεξάρτηση, όπως η έννοια της ψυχοπαθολογίας, καθίσταται επιβεβλημένη για αρκετούς λόγους. Σύμφωνα με τον Adams (1981), πρώτα από όλα, κυρίως γιατί συνοψίζει, ομαδοποιεί και συγκεντρώνει διάσπαρτες έννοιες (λεκτικά κατασκευάσματα) που έχουν σχέση ή συνάφεια με άλλες παρόμοιες λέξεις και μπορεί να σημαίνουν το ίδιο ή παρεμφερές πράγμα. Για παράδειγμα, η μελαγχολία, η στενοχώρια, η κατάθλιψη, μπορεί να είναι λέξεις που εννοιολογικά σημαίνουν κάτι ίσως συναφές (γενικός παράγοντας) αλλά η καθεμιά από μόνη της έχει ειδικό βάρος και σημασία που τη διαφοροποιεί, και ταυτόχρονα δεν αποκλείει τη σχέση της με τις άλλες. Κατά δεύτερο, η εξέλιξη και επιβίωση μιας επιστήμης είναι απόλυτα συνδεδεμένη με το πως ορίζει, ερμηνεύει και διευρύνει τις έννοιες που πραγματεύεται (Adams, 1981). Επομένως, όσο πιο ασαφές και απροσδιόριστο είναι το πεδίο της έρευνάς της, τόσο πιο δύσκολα επικοινωνείται η αναγκαιότητα και η χρησιμότητα της.

Επίσης, η ανάπτυξη της έννοιας θα πρέπει να προκύπτει από πραγματικές και ρεαλιστικές παρατηρήσεις, απόλυτα συνδεδεμένες με το φυσικό κόσμο και όχι αφηρημένες νοητικές κατασκευές χωρίς υπόσταση (Follette & Houts, 1996). Για παράδειγμα, η υιοθέτηση της φράσης «παραληρηματικές ιδέες» θα πρέπει και νοηματικά να μπορεί να αποδοθεί με πραγματικές και παρατηρήσιμες συμπεριφορές και ταυτόχρονα να αποτελεί μια μοναδική έννοια που δεν θα υιοθετείται από κάποιο άλλο πεδίο έρευνας, για την αποφυγή παρερμηνειών και διπλών νοημάτων. Με τον ίδιο τρόπο, η παρατήρηση και διαπίστωση διαφόρων μορφών εκδήλωσης άγχους σε άτομα και διαφορετικές καταστάσεις, μας επιτρέπει να ομαδοποιήσουμε

την έννοια «άγχος» αλλά ταυτόχρονα και να την επιμερίσουμε σε ειδικές όπως, κοινωνικό άγχος, ειδικό άγχος, γενικευμένο άγχος.

Ειδικότερα όμως, για το πεδίο της αποκλίνουσας συμπεριφοράς, για πολλά χρόνια έχει επικρατήσει η θεώρηση του ιατρικού μοντέλου, υιοθετώντας την άποψη ότι η αποκλίνουσα συμπεριφορά είναι μιας μορφής ασθένειας (Wakefield, 1992). Μάλιστα, για το λόγο αυτό, μια σειρά από συμπτώματα που σχετίζονται με τις ιδιαιτερότητες της αποκλίνουσας συμπεριφοράς, έχουν ομαδοποιηθεί σαν μοτίβα συμπεριφοράς κλινικών συμπτωμάτων. Η υιοθέτηση και αποδοχή αυτών των συνδρόμων συνεπάγεται μια διάγνωση, η οποία κατά συνέπεια, απαιτεί ένα ταξινομικό σύστημα που να αναγνωρίζει και να κατηγοριοποιεί τις ασθένειες σύμφωνα με νατουραλιστικούς-φυσικούς κανόνες, δηλαδή με υπαρκτές και παρατηρήσιμες συμπεριφορές. Κατηγορικά συστήματα που προτάθηκαν παλαιότερα, είχαν στη βάση τους θεωρητικές κατασκευές και έννοιες, που δε μπορούσαν να αποδώσουν επαρκώς τις παρατηρούμενες αποκλίνουσες συμπεριφορές, όπως για παράδειγμα η θεωρία των χαρακτηριστικών (McLemore & Benjamin, 1979) ή του συμπεριφορισμού (Bandura, 1968). Επιπλέον, με τόσα θεωρητικά μοντέλα να επιχειρούν να εξηγήσουν το φάσμα των διαταραχών, επιβεβαιωνόταν τελικά ο κανόνας, ότι είναι σχεδόν αδύνατον να προσδιοριστεί η έννοια της αποκλίνουσας συμπεριφοράς και η ανάπτυξη σχετικών ταξινομικών συστημάτων ψυχοπαθολογίας (Wakefield, 1998). Επομένως, ο στόχος δημιουργίας ενός συστήματος σχεδιασμένου να ταξινομή τη συμπεριφορά απαιτείται κατά κύριο λόγο για να μπορεί να εξάγει ασφαλή συμπεράσματα και δεδομένα για τις ενέργειες και τις αντιδράσεις που παρατηρούμε σε ένα άτομο σε μια συνθήκη, για το σύνολο παρόμοιων αντιδράσεων και συμπεριφορών ατόμων της ίδιας κατηγορίας (Quay & Werry, 1979).

Παρόλα αυτά, η απόπειρα κατηγοριοποίησης των ατόμων και της συμπεριφοράς τους, έχει δεχθεί μεγάλη κριτική από ειδικούς ψυχικής υγείας και ιδιαίτερα οι αναφορές γύρω από τη διαγνωστική διαδικασία ή τον ορισμό της αποκλίνουσας συμπεριφοράς. Ο Rogers (1951) υποστήριξε ότι η ταξινόμηση των ατόμων είναι αφύσικη, αμφιλεγόμενη, περιττή και, ιδιαίτερα στη θεραπευτική πράξη, εμποδίζει την επικοινωνία μεταξύ θεραπευτή και πελάτη. Μάλιστα, κατά την άποψη του, ο τρόπος που αντιλαμβανόμαστε την έννοια της αποκλίνουσας συμπεριφοράς είναι αποτέλεσμα κυρίως του πώς ερμηνεύουμε τη συμπεριφορά κάποιου υπό συγκεκριμένες συνθήκες. Και ο Szasz (1961), επέκρινε σφόδρα την προσπάθεια ταξινομικού συστήματος της συμπεριφοράς, υποστηρίζοντας ότι η σχέση γιατρού-ασθενούς που τροφοδοτείται από το παραδοσιακό ιατρικό μοντέλο, στο οποίο το «άρρωστο» άτομο ταξινομείται βάση μιας «ασθένειας», δημιουργεί αναπόφευκτα μια εξαρτητική σχέση καθώς το άτομο επιζητά τη θεραπεία, ενώ θα έπρεπε να μαθαίνει πώς να είναι ανεξάρτητο και υπεύθυνο αντί απλά «θεραπευμένο». Παρόμοιες κριτικές για τα ταξινομικά συστήματα της συμπεριφοράς, έχουν διατυπωθεί και στη βάση της μοναδικότητας της ανθρώπινης προσωπικότητας και επομένως στους κινδύνους για την κατανόησή της μέσα από οποιαδήποτε προσπάθεια κατηγοριοποίησης της (Rossler, 2013. Stein et al., 2013).

Ωστόσο, η επιστήμη έχει υποχρέωση να ανακαλύπτει κοινά σημεία σε ερευνητικά της πεδία και να δημιουργεί ομάδες εννοιών και θεωρητικά σχήματα, ένας κανόνας από τον οποίο δε θα μπορούσε να λείπει και η επιστήμη της ψυχολογίας (Adams et al., 1971). Η ψυχολογία σαν επιστήμη ασχολούμενη με τη μελέτη της συμπεριφοράς του ατόμου, αναπτύσσει ταξινομικά συστήματα στη βάση θεωρητικών μοντέλων που αποσκοπούν στο να διερευνήσουν και να συγκεντρώσουν πληροφορίες γύρω από κοινές συμπεριφορές ή αντιδράσεις των ατόμων σε δεδομένες καταστάσεις. Για παράδειγμα, ένας ειδικός ψυχικής υγείας, κατηγοριοποιεί ένα άτομο

σύμφωνα με το είδος και τα επίπεδα άγχους που βιώνει, τη σοβαρότητα και την έκταση των συμπτωμάτων του, με στόχο να κατανοήσει καλύτερα τη φύση του προβλήματος, και συνεπώς να προβεί στον σχεδιασμό της θεραπείας βοηθώντας το άτομο να απαλλαγεί από τα προβλήματα που αντιμετωπίζει.

Παρ' όλα αυτά, η επιβεβαίωση της αποτελεσματικότητας ενός ταξινομικού συστήματος, αποδεικνύεται τελικά από το πόσο επιτυχημένα μπορεί να συνεισφέρει στην πρόβλεψη, τον έλεγχο και την κατανόηση μιας συμπεριφοράς. Έτσι, η συζήτηση γύρω από τα ταξινομικά ζητήματα παραμένει ένα διαρκές θέμα μεταξύ ειδικών ερευνητών και επιστημόνων. Ειδικότερα στην προσπάθεια τους να αναπτύξουν και να υιοθετήσουν μια κοινή γλώσσα επικοινωνίας για την προαγωγή της μελέτης της αποκλίνουσας συμπεριφοράς στο πεδίο της ψυχοπαθολογίας. Αναπόφευκτα, για την αποσαφήνιση του όρου της αποκλίνουσας συμπεριφοράς και κατ' επέκταση την απόπειρα προσδιορισμού του αντικειμένου της ψυχοπαθολογίας, η ανάγκη ανάδειξης και υιοθέτησης ενός ταξινομικού συστήματος είναι μονόδρομος. Κυρίως, όχι τόσο γιατί θα δημιουργήσει μια σειρά κριτηρίων εισδοχής ή απόρριψης, αλλά περισσότερο γιατί με την ταξινόμηση επιτυγχάνεται μια κοινή επιστημονική γλώσσα παρατήρησης, ερμηνείας και συζήτησης για μια σειρά από επιμέρους στοιχεία που συνθέτουν ένα γενικότερο φυσικό φαινόμενο (Blashfield & Draguns, 1976). Ειδικά για την ψυχολογία, τέτοιοι κανόνες βοηθούν στην ανάδειξη και υιοθέτηση εννοιολογικών θεματικών για ταξινόμηση.

Εδώ όμως θα πρέπει να γίνει και μια διευκρίνιση αναφορικά με τις έννοιες της κατηγοριοποίησης και της ταξινόμησης. Σύμφωνα με τους Blashfield και Draguns (1976), δυο από τις πιο σημαντικές χρήσεις της κατηγοριοποίησης είναι, πρώτον να περιγράφει τα αντικείμενα μελέτης μια έρευνας, και δεύτερον, να αποτελεί το σημείο αναφοράς των εννοιών που υιοθετούνται από μια επιστημονική θεωρία. Η κατηγοριοποίηση, αναφέρεται σε μια

συστηματική σειροθέτηση των φαινομένων σε ομάδες, τομείς και τύπους. Για το λόγο αυτό, αρκετές κατηγοριοποιήσεις έχουν δημιουργηθεί αποκλειστικά και μόνο για να διευκολύνουν τους χρήστες. Για παράδειγμα, η κατηγοριοποίηση των διοικητικών υπηρεσιών, υπάρχει για να διευκολύνεται η οργανωτική λειτουργία και αποτελεσματική διαχείριση των πόρων. Ο τρόπος κατασκευής μιας τέτοιας κατηγοριοποίησης γίνεται κατά κύριο λόγο με βάση τις ανάγκες του οργανισμού και λαμβάνοντας υπόψη πως τα άτομα αντιλαμβάνονται τη λειτουργία και τις επιμέρους δραστηριότητες του οργανισμού. Η κατηγοριοποίηση προσπαθεί ουσιαστικά να συνδυάσει τις συμπεριφορές των ατόμων σε σχέση με τις ανάγκες τους που καλείται να καλύψει ο οργανισμός.

Στον αντίποδα της κατηγοριοποίησης, η ταξινόμηση αναφέρεται σε υποομάδες της κατηγοριοποίησης που αντικατοπτρίζουν εσωτερικές διαφορές μεταξύ ατόμων που βρίσκονται σε διαφορετικές κατηγορίες. Η απόπειρα κατηγοριοποίησης της ψυχοπαθολογίας είναι απόλυτα συνδεδεμένη με την έρευνα της ψυχοπαθολογίας. Για παράδειγμα, οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν μια μεγάλη ομάδα ψυχικών διαταραχών με κυρίαρχο και κοινό χαρακτηριστικό το άγχος. Λόγω του εύρους και των εκφάνσεων του άγχους στην καθημερινή ανθρώπινη συμπεριφορά, έχουν αναπτυχθεί υποομάδες των αγχωδών διαταραχών με επιμέρους κοινά χαρακτηριστικά (όπως π.χ., κοινωνική φοβία, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, αγοραφοβία). Με αυτόν τον τρόπο η μελέτη των επιμέρους εκφάνσεων του άγχους γίνεται πιο εύκολη και κατά συνέπεια η διάγνωση και η θεραπευτική προσέγγιση στο άτομο που την έχει ανάγκη.

Η προβληματική του ορισμού της αποκλίνουσας συμπεριφοράς αλλά και η αδυναμία συμφωνίας μεταξύ των ειδικών, οδήγησαν στις αναθεωρήσεις του DSM III, III-R και IV (APA, 1980α, 1987β, 1994γ). Στην πραγματικότητα, η υιοθέτηση νομοθετικών κριτηρίων στο DSM III και III-R ήταν που δημιούργησε δυσκολίες στη διαχείριση επιμέρους κατηγοριοποίησης των

ψυχικών διαταραχών. Για αυτό το λόγο, στο DSM-IV αντικαταστάθηκαν με πολυθετικά κριτήρια, χωρίς να απαιτείται η παρουσία όλων των στοιχείων για τη διατύπωση μιας διάγνωσης (Widiger et al., 1988). Αυτό είναι ιδιαίτερα έντονο στις διαταραχές προσωπικότητας, καθώς κάποιες συμπεριφορές και χαρακτηριστικά είτε αλληλοσυμπληρώνονται ή επικαλύπτονται δημιουργώντας σοβαρά διαγνωστικά ερωτήματα. Για παράδειγμα, η κοινωνική απόσυρση είναι ένα κοινό χαρακτηριστικό συμπεριφοράς μεταξύ της αποφευκτικής, σχιζότυπης και σχιζοειδούς διαταραχής προσωπικότητας. Η κατάργηση αυτής της συμπεριφοράς σε μια από τις τρεις διαταραχές θα ενίσχυε αφενός μεν τη διαφορετικότητα τους, αλλά όμως θα χανόταν πολύτιμη κλινική πληροφορία αξιολόγησης (Adams et al., 2002).

Ωστόσο, το σημαντικότερο ίσως ερώτημα γύρω από την αναγκαιότητα ενός ταξινομικού συστήματος είναι, όπως ακριβώς συμβαίνει σε όλες τις επιστήμες, έτσι και στην επιστήμη της ψυχολογίας, η ολοκληρωμένη μελέτη ενός φαινομένου. Αυτό απαιτεί την καταγραφή της συμπεριφοράς, της αιτιολογίας και τελικά το σχεδιασμό της θεραπείας του προβλήματος. Και για όλα αυτά, μόνο με εμπειρική και επιστημονική μελέτη να αποδίδεται μια συγκεκριμένη συμπεριφορά σε μια συγκεκριμένη αιτιολογία. Κατά τον Bruner et al. (1965), αυτή η προσέγγιση μπορεί να οδηγήσει σε πιο οργανωμένη ταξινόμηση με αντίστοιχες κατηγορίες που θα βοηθήσουν σε πιο στοχευμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Υποστηρίζεται μάλιστα, ότι αν επιτευχθεί μια τέτοια σχέση μεταξύ συμπεριφοράς, αιτιολογίας, πρόγνωσης και θεραπείας, τότε δημιουργείται ένα στιβαρό επιστημονικό κατηγορικό σύστημα ταξινόμησης. Σε αντίθετη περίπτωση η σχέση μεταξύ συμπεριφοράς και αιτιολογίας παραμένει αδιευκρίνιστη και άρα με μεγάλη πιθανότητα υποκειμενικής αντίληψης και μέγεθος σφάλματος που θα οδηγήσει σε λανθασμένες εκτιμήσεις και την τελική αποδόμηση του όποιου ταξινομικού συστήματος θα έχει δημιουργηθεί (Adams et al., 2002).

Στη βάση της αντίληψης αναφορικά με την ταξινόμηση των φαινομένων στο πεδίο της ψυχοπαθολογίας, έχουν αναπτυχθεί διαχρονικά δυο ταξινομικά συστήματα οργάνωσης: το ICD του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και το DSM της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας. Πρόσφατα, δυο νέα μοντέλα οργάνωσης της ψυχοπαθολογίας εμφανίστηκαν για να δώσουν μια διαφορετική προσέγγιση κατανόησης του πεδίου της ψυχοπαθολογίας: το HiTOP και το RDoC. Στο επόμενο κεφάλαιο θα παρουσιαστούν συνοπτικά οι τέσσερις αυτές ταξινομικές προσεγγίσεις.

### ***1.5. Διαγνωστικά Συστήματα και Μοντέλα στην Ψυχοπαθολογία***

Η ανάγκη για την κατανόηση της ψυχοπαθολογίας για πολλά χρόνια ακροβατούσε μεταξύ της «εμπειριοκρατίας» καθηγητών που αναδείκνυαν τις προσωπικές τους ταξινομήσεις και την αδυναμία κλινικών και ερευνητών να επικοινωνήσουν με μια κοινή γλώσσα για θέματα ψυχικής υγείας (Kendell, 1975). Για αρκετό καιρό η μελέτη της ψυχοπαθολογίας παρέμενε χωρίς ένα σταθερό και καθορισμένο πλαίσιο αναφοράς (Clark et al., 1995· Pincus et al., 1992) γεγονός που επέτρεπε την προσωποποιημένη άποψη του κάθε ειδικού ή έμπειρου για την ψυχοπαθολογία και κατ' επέκταση τους τρόπους ταξινόμησης, διάγνωσης και θεραπείας που ο καθένας θεωρούσε ως επαρκής.

Η σημασία ενός επίσημου συστήματος ταξινόμησης της ψυχοπαθολογίας έχει ήδη καταγραφεί και υποστηριχθεί αρκετές φορές διαχρονικά (Kendell, 1975· Salmon et al., 1917· Sartorius et al., 1993). Για τον Livesley (2001), η σημασία της ταξινόμησης της ψυχοπαθολογίας είναι σημαντική για πέντε κύριους λόγους: αναπτύσσει την επικοινωνία (κοινή γλώσσα αντίληψης και ερμηνείας) μεταξύ ειδικών, ενισχύει τον έλεγχο (της παρέμβασης, θεραπείας) στις διάφορες ερευνητικές ή άλλες πρακτικές, διευκολύνει την κατανόηση για επιμέρους ή και πιο σύνθετα διαγνωστικά ζητήματα, βοηθά στο διαχωρισμό (των εννοιών και την αποφυγή



σύγχυσης-αλληλλοκάλυψης) και τέλος καθοδηγεί την πρόγνωση-πρόβλεψη των ψυχικών φαινομένων.

Η ταξινόμηση των φαινομένων που παρατηρεί και ερευνά το κάθε πεδίο της επιστήμης, χρειάζεται να διέπεται από κάποιους κοινούς κανόνες (Widiger & Costa, 2012). Κυρίως όμως, σε ερευνητικά πεδία επιστήμης όπως αυτό της ψυχοπαθολογίας, η ταξινόμηση βοηθά στην κατανόηση των ψυχολογικών διαστάσεων που διέπουν τις ανθρώπινες σχέσεις και τα προβλήματα που κάποιες φορές δημιουργούνται μεταξύ τους. Και αυτά τα προβλήματα που ενδεχομένως να κρύβονται πίσω από την αιτιολογία, την παθολογία αλλά και τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, μόνο ένα ευρέως αποδεκτό και βιώσιμο επιστημονικά ταξινομικό σύστημα θα μπορούσε να το υποστηρίξει (Widiger, 2002).

Ωστόσο, μαζί με την ανάγκη ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών ως ψυχοπαθολογικά φαινόμενα, ένα σημαντικότερο ερώτημα, αποτελεί ένα διαχρονικό επιστημονικό αλλά και ερευνητικό αντικείμενο συζήτησης μεταξύ των ειδικών. Το ερώτημα αυτό αναφέρεται στον τρόπο ή τρόπους με τους οποίους θα μπορούσε να οργανωθεί το ταξινομικό σύστημα της ψυχοπαθολογίας. Από τη μια μεριά και από πολύ νωρίς, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι οι ψυχικές διαταραχές, αποτελούν διακριτές κατηγορίες και ως εκ τούτου θα πρέπει να ακολουθούν το ιατρονοσολογικό μοντέλο, όπου μια διαταραχή υπάρχει ή δεν υπάρχει (παρούσα ή απύουσα κατά το πρότυπο της νόσου) (Gangestad & Snyder, 1985· Jablensky, 1999· Reznik, 1991). Και από την άλλη, η άποψη ότι κάποιες (αν όχι όλες) ψυχικές διαταραχές μπορούν να περιγραφούν ως διαστάσεις ενός συνεχούς (διαβαθμιστικής κλίμακας, με «τιμές» από χαμηλή-απουσία έως υψηλή-σοβαρή) ατομικών διαφορών και συμπεριφορών (Livesley et al., 1994· Phillips et al., 2003· Widiger & Clark, 2000· Widiger & Samuel, 2005).

Αυτή η συζήτηση για το αν οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν διακριτές κατηγορίες ή συνεχείς διαστάσεις υπήρξε ένα διαρκές επιστημονικό πεδίο αντιπαράθεσης ειδικών σχεδόν σε όλη την ιστορία της ψυχιατρικής (Grayson, 1987· Kendell, 1975· McHugh & Slavney, 1998). Εξάλλου και μεταξύ της ψυχιατρικής, παραδοσιακά, οι «βιολογικοί» ψυχίατροι επέλεξαν κυρίως το νοσολογικό μοντέλο που αντιλαμβάνεται τις ψυχικές διαταραχές ως κατηγορίες. Από την άλλη, οι ψυχοδυναμικοί ειδικοί, επέλεξαν μια πιο διαστατική προσέγγιση για την ψυχική ερμηνεία των διαταραχών, στη βάση μια προοδευτικής σχέσης των ψυχολογικών δυσκολιών του ατόμου και της περιβαλλοντικής αλληλεπίδρασης (Reznek, 1991). Ενώ οι ψυχολόγοι σε αντίθεση με το ιατρικό μοντέλο, προτιμούν τη διαστατική προσέγγιση, αποφεύγοντας την κατηγοριοποίηση των ατομικών διαφορών (Meehl, 1992). Ωστόσο, η επιλογή του τρόπου αντίληψης, κατανόησης και ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών, είτε σαν κατηγορικά, είτε σαν διαστατικά φαινόμενα, είναι μάλλον περισσότερο ένα ερώτημα για εμπειρική έρευνα παρά μια επιλογή κλινικής πρακτικής (Haslam, 2003).

Σε αυτό το σκεπτικό, τα δύο ταξινομικά συστήματα ICD και DSM, είχαν υιοθετήσει, τουλάχιστον σε όλες τις προηγούμενες εκδόσεις τους μέχρι τις τελευταίες αναθεωρήσεις τους (ICD-11, 2019· DSM-5, 2013) την κατηγορική προσέγγιση ερμηνείας και ταξινόμησης των ψυχοπαθολογικών φαινομένων. Με τις νέες εκδόσεις όμως του DSM και ICD, για πρώτη φορά πραγματοποιήθηκε μια μετάβαση προς μια ταξινομική προσέγγιση διαστατικής φύσης αλλά με διατηρούμενα τα προηγούμενα κατηγορικά στοιχεία.

Παρόλες τις προσπάθειες κατανόησης του εύρους και της έννοιας της ψυχοπαθολογίας, μέσω των πολλαπλών ερευνών και των εγχειρίδιων, οι ψυχικές διαταραχές παραμένουν εξαιρετικά πολύπλοκα φαινόμενα με μεγάλη ετερογένεια και πολύ-παραγοντικά στη σύνθεση και περιγραφή τους (Kendler, 2019). Για το λόγο αυτό, η στροφή που έχει πραγματοποιηθεί ως

προς τη μελέτης τους τα τελευταία χρόνια, θέτει ως βάση της προβληματικής αυτήν ακριβώς την πολυπλοκότητα και τη εννοιολογική αλληλλοκάλυψη, αναζητώντας πιο στιβαρά και επιστημονικά τεκμηριωμένα μοντέλα ερμηνείας και ταξινόμησής της ψυχοπαθολογίας.

Στο σημείο αυτό, και με δεδομένο την αναγκαιότητα κατανόησης της οργάνωσης και ταξινόμησης της ψυχοπαθολογίας, θα αναφερθούν οι τέσσερις σημαντικότερες προσεγγίσεις που έχουν μέχρι σήμερα διατυπωθεί: α) το διαγνωστικό μοντέλο του DSM, β) το μοντέλο οργάνωσης νοσημάτων του ICD, γ) το νευροβιολογικό μοντέλο RDoC και δ) το ιεραρχικό μοντέλο HiTOP.

### ***1.5.1. Το Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM, APA)***

Οι πρώτες προσπάθειες καθορισμού ενός πλαισίου αναφοράς της ψυχοπαθολογίας, έγιναν με την ανάπτυξη ενός εγχειριδίου ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών. Όπως όλες οι επιμέρους ιατρικές εξειδικεύσεις ανέπτυξαν τα δικά τους ειδικά ταξινομικά συστήματα παθήσεων και διαγνώσεων, έτσι και ο τομέας της ψυχικής υγείας με μια κεντρική επιτροπή κορυφαίων κλινικών και ερευνητών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA), ανέπτυξε το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM], APA, 1952). Το εγχειρίδιο αρχικά βασίστηκε στις κλινικές εκτιμήσεις και εμπειρίες των ειδικών της κατασκευαστικής επιτροπής (Blashfield, 1984· Nathan, 1994).

Οι επόμενες εκδόσεις του (DSM II, III, III-R, APA, 1968, 1980, 1987), που ήταν αναθεωρήσεις και εγχειρίδια διαμόρφωσης της πρώτης έκδοσης κινήθηκαν στο ίδιο σκεπτικό της εμπειρικής κατασκευής κριτηρίων διάγνωσης. Ωστόσο, πραγματοποιήθηκαν κάποιες προσπάθειες συστηματικής μελέτης και υιοθέτησης διαγνωστικών κριτηρίων (Spitzer, 1985).

Έγιναν επίσης κάποιες πιο στοχευμένες προσπάθειες ταξινόμησης του εύρους των διαταραχών με κοινά χαρακτηριστικά ή/και κριτήρια που όμως έχρηζαν περαιτέρω διερεύνησης (American Psychiatric Association, 1987, σελ. 367). Ουσιαστικά, η ανάπτυξη ενός τέτοιου ταξινομικού εγχειριδίου είχε ως κύριο στόχο τη δημιουργία μιας κοινής γλώσσας για επικοινωνία μεταξύ των ειδικών. Το σκεπτικό του ήταν να συγκεράσει τις διαφορετικές προσεγγίσεις αναφορικά με την αιτιολογία, παθολογία και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, χωρίς να υιοθετεί μια συγκεκριμένη θεωρητική κατεύθυνση (Frances et al., 1990· Spitzer & Williams, 1985, 1987· Spitzer et al., 1980· Widiger & Trull, 1993). Το εγχειρίδιο προσπάθησε κατά κάποιο τρόπο, να δώσει μια λύση στην ποικιλία της ονοματοδοσίας των ψυχικών διαταραχών, με αρκετά όμως ερωτήματα αναφορικά με τα κριτήρια διάγνωσης (Frances et al., 1990· Spitzer et al., 1980).

Η θεωρητική βάση του μοντέλου που διέπει το DSM στις εκδόσεις του από το DSM-III-R (APA, 1987), έως το DSM-IV (APA, 1994) ανάγεται στην κρεπελιανή υπόθεση για την ψυχική νόσο, κατά την οποία οι ψυχικές διαταραχές θεωρούνται νοσήματα με σαφή όρια μεταξύ παθολογικού και φυσιολογικού (Kraepelin, 1896, 1919). Όμως, η έκδοση του DSM-IV (APA, 1994) θεωρήθηκε «επαναστατική» καθώς ήταν η πρώτη προσπάθεια τεκμηριωμένης μελέτης της βιβλιογραφίας και η αξιοποίησή της για τη σύνταξη των πρώτων επιστημονικών κριτηρίων ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών (Nathan & Langenbucher, 1999). Ταυτόχρονα, πραγματοποιήθηκε μια πιο συστηματική ανασκόπηση μελετών και ερευνών με την ανάπτυξη περιγραφικών κριτηρίων και την ταυτόχρονη διόρθωση και βελτίωση των κωδικοποιήσεων ή/και στρεβλώσεων των προηγούμενων εκδόσεων (First & Pincus, 2002).

Το πολυαξονικό σύστημα που διατρέχει το σύνολο της διαγνωστικής και αξιολογικής θεώρησης του DSM, ακολουθεί τη νομοθετική προσέγγιση για την ψυχοπαθολογία, κατά την οποία κάθε ατομική περίπτωση ερμηνεύεται στα πλαίσια προκατασκευασμένων κατηγοριών από

προηγούμενες και ταξινομημένες ψυχολογικές διαταραχές. Με αυτό τον τρόπο το DSM υιοθετεί μια αθεωρική προσέγγιση, αξιοποιεί εμπειρικά δεδομένα και τα ταυτοποιεί με υπάρχουσες κλινικές περιγραφές-διαταραχές.

Στον Πίνακα 1, παρουσιάζεται το πολυαξονικό σύστημα αξιολόγησης της ψυχοπαθολογίας, όπως πρωτοεμφανίστηκε στο DSM-III και ίσχυε μέχρι πρόσφατα στην αναθεώρηση του DSM-5 (APA, 2013).

### **Πίνακας 1**

Το πολυαξονικό σύστημα οργάνωσης των ψυχικών διαταραχών στο DSM

Αξονας I	Κλινικές διαταραχές Άλλες καταστάσεις που ενδέχεται να αποτελέσουν αντικείμενο κλινικής διερεύνησης
Αξονας II	Διαταραχές προσωπικότητας Νοητική Υστέρηση
Αξονας III	Γενικές ιατρικές καταστάσεις
Αξονας IV	Ψυχοκοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες
Αξονας V	Συνολική αξιολόγηση λειτουργικότητας

*Πηγή.* DSM-IV-TR, APA, 1994

Στην ανασκόπηση τους για τις αναθεωρήσεις που πραγματοποιήθηκαν στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο και τις εκδόσεις του όλα αυτά τα χρόνια, οι Widiger & Clark (2002) επισημαίνουν ότι, σημαντικά διαχρονικά ερωτήματα όπως η ικανότητα των εγχειριδίων να διαχωρίζουν και να αποφαίνονται αποτελεσματικά για τα όρια μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού, η διαφοροποίηση των κριτηρίων μεταξύ των παθολογικών εκφάνσεων (διαταραχών) και ο περιορισμός του φαινομένου της συνοσηρότητας, η υιοθέτηση μοντέλων για την περιγραφή της ψυχοπαθολογίας, η διαχρονική μελέτη της πορείας των διαταραχών στον πληθυσμό και η αξιοποίηση εργαστηριακών ευρημάτων, παραμένουν υπό διερεύνηση αν πρόκειται να αναδειχθεί ένα ολοκληρωμένο μοντέλο μελέτης της ψυχοπαθολογίας.

Με την τελευταία αναθεώρηση του DSM (DSM-5, APA, 2013) έγινε μια συλλογική προσπάθεια να δοθούν απαντήσεις στα διαχρονικά ερωτήματα για την ψυχική υγεία και κατά συνέπεια την οργάνωση της ψυχοπαθολογίας που υπήρχαν σε όλες τις προηγούμενες εκδόσεις του εγχειριδίου. Οι ομάδες εργασίας που ανέλαβαν επιμέρους έργα, αποτελούνταν από ερευνητές και κλινικούς από το χώρο όχι μόνο της ψυχικής υγείας, αλλά και της υγείας γενικότερα. Η δουλειά τους, περιελάμβανε ενδεικτικά, την αναθεώρηση των ορισμών και των κριτηρίων των διαταραχών προηγούμενων εκδόσεων, τη μελέτη κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων, τις σύγχρονες φαρμακευτικές προσεγγίσεις. Επίσης, για πρώτη φορά τέθηκε και το ζήτημα της αξιολόγησης της βαρύτητας αλλά και της σοβαρότητας της δυσλειτουργίας που δύναται να επιφέρει μια διαταραχή, καθώς και η ανάπτυξη εργαλείων αξιολόγησής της (Helzer et al., 2008). Ωστόσο, ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα που τέθηκαν προς διερεύνηση και περαιτέρω συζήτηση, ήταν αυτό της αναζήτησης ενός μοντέλου περιγραφής της ψυχοπαθολογίας και ειδικότερα η αποτελεσματικότερη σύνθεση κατηγορικών (categorical) και διαστατικών (dimensional) κριτηρίων αξιολόγησης της (Hezler et al., 2006· Kraemer, 2007· Kraemer et al., 2007).

Η ανάγκη για την ανάπτυξη ενός πλαισίου οργάνωσης της δομής της ψυχοπαθολογίας με ομαδοποιημένα χαρακτηριστικά που θα λάμβαναν υπόψη μελέτες και έρευνες της παθοφυσιολογίας, της γενετικής και γενικότερα του χώρου των νευρο-επιστημών, υπήρξε και ο λόγος απόρριψης των προηγούμενων εκδόσεων του DSM. Ταυτόχρονα, τέθηκε το ζήτημα της συλλογικής αξιοποίησης των σύγχρονων επιστημονικών κλάδων μελέτης της ψυχικής υγείας. Το αποτέλεσμα αυτής της συλλογικής προσπάθειας στην τελευταία έκδοση του DSM (APA, 2013) ήταν η ανάπτυξη μιας γραμμικής δομής της ψυχοπαθολογίας, που επιχειρούσε να αποδώσει καλύτερα την ισχυρή σχέση μεταξύ των διαταραχών. Παράλληλα ο τρόπος οργάνωσης των

διαταραχών ακολουθούσε μια εξελικτική προσέγγιση του ατόμου από το φάσμα της παιδικής μέχρι την ενήλικη ζωή (Regier et al., 2013).

Η σημαντικότερη ωστόσο συνεισφορά της τελευταίας αναθεώρησης του DSM-5 επέφερε και μια ακόμα καινοτομία: την οργάνωση των διαταραχών σε ένα ευρύτερο πλαίσιο ψυχοπαθολογίας που απαρτιώνεται από επιμέρους διαστάσεις με παρόμοιες εκδηλώσεις και κοινά χαρακτηριστικά. Έτσι, παρόλο που στο DSM-5 παραμένει η λίστα με τις διαχωριστές διαταραχές, το νέο εγχειρίδιο ενσωματώνει και μια σειρά από διαστατικές κλίμακες αξιολόγησης της βαρύτητας για αρκετές διαταραχές. Αυτή η αλλαγή της αντίληψης για τις διαταραχές βασίζεται στην πεποίθηση ότι ο διαχωρισμός μεταξύ αρκετών κατηγοριών των διαταραχών δεν είναι σαφής και χάνεται ανάμεσα σε συμπτώματα και άλλων διαταραχών, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, αλλά και με διαφορετικά επίπεδα βαρύτητας και σοβαρότητας (Bilder, 2015· Clark et al., 1995· Simonsen, 2010· Widiger & Clark, 2000· Widiger & Samuel, 2005· Widiger, 2005). Όπως εξάλλου σημειώνει και ο Horwood et al. (2011) *«μέχρι στιγμής δεν έχουν υπάρξει αρκετές ενδείξεις ότι οι διαταραχές είναι σαφείς κατηγορίες, τόσο στο αν είναι διακριτές μεταξύ τους, όσο και ξέχωρες από τη φυσιολογική συμπεριφορά»* (σελ. 314) και συνεχίζει *«ο λόγος που τόσο άνθρωποι φέρουν περισσότερες από μια διαταραχές, είναι γιατί αρκετές διαταραχές περιγράφουν προβλήματα στην ίδια διάσταση ή σύστημα, επομένως το ερώτημα είναι τί κοινό έχουν οι διαταραχές μεταξύ τους και όχι τί τις κάνει διαφορετικές»* (σελ. 315).

Στο ίδιο σκεπτικό, οι Krueger et al., (2005) υποστήριξαν ότι απαιτείται εμπειρική τεκμηρίωση για θέματα, όπως: το κατά πόσο η ψυχοπαθολογία είναι από τη φύση της κατηγορική (δομείται από διακριτές κατηγορίες φαινομένων) ή διαστατική (απαρτιώνεται από φαινόμενα που έχουν συνεχείς διαβαθμίσεις), ποιες διαστάσεις θα μπορούσαν να υιοθετηθούν και πως προκειμένου να αντιπροσωπεύουν το φάσμα της ψυχοπαθολογίας, με ποιο τρόπο θα

γινόταν η οργάνωση αυτών των διαστάσεων και αν θα διακρίνονται σε επίπεδα (ανώτερα-κατώτερα), το κατά πόσο θα μπορούσαν αυτές οι διαστάσεις να διακρίνουν τα φυσιολογικά από τα παθολογικά φαινόμενα συμπεριφοράς και τέλος με ποιο τρόπο ένα τέτοιο διαστατικό σύστημα θα βοηθούσε τη διαγνωστική διαδικασία που πραγματοποιείται με τα εγχειρίδια DSM και ICD.

Ο δημιουργικός προβληματισμός των Krueger et al., (2005) αποτέλεσε ένα από τα βασικά επιχειρήματα στην αναθεώρηση του DSM-5, αλλά και στην ανάπτυξη και υιοθέτηση ενός διαστατικού μοντέλου αντίληψης και ταξινόμησης των διαταραχών προσωπικότητας, το λεγόμενο «Εναλλακτικό Μοντέλο Διαταραχών Προσωπικότητας» (Alternative Model of Personality Disorders, [AMPD], APA, DSM-5, 2013) που θα αναπτυχθεί σε επόμενο κεφάλαιο.

### ***1.5.2. Η Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (International Classification of Diseases, ICD, WHO)***

Η Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (International Classification of Diseases - ICD) είναι ένα παγκόσμιο νοσολογικό σύστημα που καθιέρωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Διαμορφώθηκε για πρώτη φορά το 1893 και αναφέρθηκε ως ταξινόμηση του Bertillon ή αλλιώς Διεθνής Κατάλογος Αιτιών Θανάτου. Ουσιαστικά πρόκειται για μια ταξινόμηση νοσημάτων, όπου οι νοσολογικές οντότητες κατηγοριοποιούνται στη βάση καθορισμένων κριτηρίων. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ([ΠΟΥ], 2008) «*μια στατιστική ταξινόμηση των νοσημάτων πρέπει να περιλαμβάνει το σύνολο του φάσματος των παθολογικών καταστάσεων μέσα σε ένα εύρηστο αριθμό κατηγοριών*» (σελ. 3). Στην αρχή της δημιουργίας της, η ταξινόμηση, την οποία αργότερα υιοθέτησε ο Farr (1807-1883), βασίστηκε στη διάκριση γενικής ασθένειας και εκείνων που εντοπίζονται σε ένα συγκεκριμένο όργανο ή ανατομική περιοχή. Στα χρόνια που



ακολούθησαν και ειδικότερα στην 5η αναθεώρηση του Διεθνούς Καταλόγου Αιτιών Θανάτου το 1935, τέθηκε το θέμα της δημιουργίας μιας διεθνούς ταξινόμησης ασθενειών. Ο κύριος λόγος ήταν οι απαιτήσεις για τη δημιουργία μιας βάσης με στατιστικά στοιχεία νοσηρότητας για χρήση από ασφαλιστικούς οργανισμούς νοσοκομεία, στρατιωτικές ιατρικές υπηρεσίες, υγειονομικές υπηρεσίες. Έτσι, αναπτύχθηκε η έννοια της Διεθνούς Ταξινόμησης Ασθενειών για πρώτη φορά στη διεθνή διάσκεψη του 1935 (International Statistical Institute, 1940). Από τότε και μέχρι σήμερα, το ICD αποτελεί διαχρονικά μία κωδικοποίηση των νοσημάτων που σκοπό της είναι η όσο το δυνατόν πληρέστερη ανάλυση και επεξεργασία των ιατρικών διαγνώσεων σε όλο τον κόσμο. Χρησιμοποιείται για εξειδικευμένους επιστημονικούς σκοπούς και είναι χρήσιμη στην ομαδοποίηση και ανάλυση διαγνώσεων για επιδημιολογικούς λόγους.

Η δομή της κατασκευής του ICD κατά κύριο λόγο βοηθά στον εντοπισμό των τάσεων και στατιστικών για την υγεία παγκοσμίως καθώς και στην καθιέρωση ενός διεθνούς προτύπου για την αναφορά ασθενειών και συνθηκών υγείας. Πρόκειται ουσιαστικά για το πρότυπο διαγνωστικής ταξινόμησης όλων των κλινικών και ερευνητικών σκοπών, ορίζοντας το πλαίσιο των ασθενειών, των διαταραχών, των τραυματισμών και άλλων συναφών συνθηκών υγείας, που απαριθμούνται με ολοκληρωμένο και ιεραρχικό τρόπο (κωδικοποίηση). Η χρήση του ICD αναφέρεται στην παρακολούθηση επιπτώσεων νόσων, τον επιπολασμό, τις συστάσεις για την κατανομή των πόρων προς την υγεία, την ασφάλεια των πολιτών.

Από την πρώτη του έκδοση το ICD-6 (1946), μέχρι την πιο πρόσφατη το ICD-11 (2019), κύριος στόχος του ήταν η παρακολούθηση της γενικής υγείας και της καταγραφής των ποσοστών θνησιμότητας του πληθυσμού με ταυτόχρονες επικαιροποιημένες οδηγίες και συστάσεις για την ευημερία και τον περιορισμό ή και την εξαφάνιση πανδημιών σε παγκόσμιο επίπεδο. Η πρώτη έκδοση του ICD-6 (1946) το κεφάλαιο «Ψυχικές, Ψευδο-νευρωτικές και

Διαταραχές Προσωπικότητας» περιελάμβανε 26 κατηγορίες οργανωμένες σε τρεις γενικές κατηγορίες: ψυχώσεις, ψυχονευρώσεις και διαταραχές χαρακτήρα, συμπεριφοράς και διανόησης. Η οργάνωση του ήταν ιεραρχική, με τις 26 κατηγορίες να διαιρούνται σε υποκατηγορίες και με κάποιους γενικούς όρους αναφορικά με το πως θα ομαδοποιούνται στις κατηγορίες κάποιες έννοιες. Πέρα από αυτό δεν υπήρχαν άλλες οδηγίες για τη διαγνωστική ή αξιολογική διαδικασία ενός ψυχολογικού φαινομένου.

Το σύστημα ταξινόμησης του ICD για την ψυχοπαθολογία δεν άλλαξε με την αναθεώρηση του ICD-7. Παρόλο που στο σύνολο του το ICD έτυχε γενικότερης αποδοχής από τον επιστημονικό κόσμο, η ενότητα για την ταξινόμηση της ψυχοπαθολογίας έγινε αποδεκτή από ελάχιστες χώρες (Fulford & Sartorius, 2009). Στην προσπάθεια ερμηνείας του φαινομένου, αναδείχθηκε η ανάγκη του διαχωρισμού των θεωρητικών προσεγγίσεων από τις περιγραφικές αναφορικά με την κατανόηση και ταξινόμηση της ψυχοπαθολογίας (Stengel, 1959). Με αυτόν τον τρόπο οι επόμενες δεκαετίες ανέδειξαν μια συνεργατική σχέση μεταξύ Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας στην ανάπτυξη των ταξινομικών συστημάτων για τις ψυχικές διαταραχές στο ICD-8 (1967) και το DSM-II (1968). Η συμπόρευση των δυο έκτοτε είχε ως αποτέλεσμα να εναρμονιστούν στο σύνολο τους οι έννοιες, οι ορολογίες, οι κατηγορίες, οι υποκατηγορίες και η κωδικοποίηση μεταξύ των συστημάτων με αποτέλεσμα οι εκδόσεις ICD-8 και DSM-II να γίνουν οι βάσεις ταξινόμησης της ψυχοπαθολογίας για τα επόμενα χρόνια (Blashfield et al., 2014). Ιδιαίτερα όμως η γλώσσα που αναπτύχθηκε τόσο στο ICD-8 όσο και στο ICD-9, υιοθέτησε μια πιο περιγραφική προσέγγιση συμπτωμάτων, από ότι οι παλαιότερες θεωρητικές, επηρεάζοντας έτσι και την αντίστοιχη έκδοση του DSM-III (APA, 1980) που για πρώτη φορά υιοθέτησε την περιγραφική προσέγγιση στο σύνολο της περιγραφής της ψυχοπαθολογίας (Fulford & Sartorius, 2009).

Μια από τις σημαντικότερες αλλαγές στις αναθεωρήσεις των εγχειρίδιων πραγματοποιήθηκε στο DSM-IV-TR (APA, 1994) και αντίστοιχα στο ICD-10 (WHO, 1992). Η πρώτη από αυτές ήταν η συμμετοχή διεθνών ερευνητών και κλινικών με την ανάδειξη επιδημιολογικών μελετών εκτός Η.Π.Α., καθώς και η δημιουργία διαγνωστικών κλινικών εργαλείων (Blashfield et al., 2014· Robins et al., 1988). Ταυτόχρονα όμως, ένα μεγάλο ζήτημα, αυτό των ορισμών γύρω από τα επιμέρους φαινόμενα της ψυχοπαθολογίας καθώς και τα ζητήματα διαγνωστικής εγκυρότητας και αξιοπιστίας παρέμεναν αναπάντητα, θέτοντας υπό συζήτηση την ευρεία αποδοχή και χρήση του (Frances et al., 1989). Για το λόγο αυτό και η αναθεώρηση του ICD-10 (WHO, 1992) αναγνωρίζοντας τις υπάρχουσες αδυναμίες γύρω από την ψυχοπαθολογία, εξέδωσε το «ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines» (CDDG; WHO, 1992) και αργότερα το «ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research (DCR-10, WHO 1993). Αυτό έγινε σε μια προσπάθεια να ενεργοποιηθεί αλλά και να οργανώσει μια ερευνητική προσπάθεια με διεθνή αποδοχή και δυνατότητα εφαρμογής σε άλλα συστήματα υγείας εκτός Βόρειας Αμερικής και Ευρώπης (First et al., 2015).

Ωστόσο, χρειάστηκε να περάσουν σχεδόν 25 χρόνια, μέχρι την εμφάνιση μιας σημαντικής αναθεώρησης. Μια μακρά περίοδος ζυμώσεων από το 2006 έως το 2017 μεσολάβησε μέχρι την αναθεώρηση του ICD-11 (WHO, 2019) που θεωρήθηκε επαναστατική και πρωτοποριακή σε πολλούς τομείς σε σχέση με τις προηγούμενες (Reed et al., 2013). Με κύρια χαρακτηριστικά την ευρεία κλινική χρήση και τη δυνατότητα εφαρμογής του σε όλο τον κόσμο, το ICD-11 φιλοδοξεί να γίνει ένας οδηγός υγείας για όσους τον έχουν ανάγκη (Evans et al., 2015· Reed et al., 2013· Keeley et al., 2016). Για το σκοπό αυτό, πραγματοποιούνται μια σειρά από ερευνητικές και διαπολιτισμικές μελέτες αναφορικά με το «κενό στην ψυχική υγεία»

και προτάσεις που αποσκοπούν στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ανάπτυξη εναλλακτικών θεραπευτικών προσεγγίσεων (Correll, 2007· Kohn et al., 2004).

Την ευθύνη για μια ριζική αναθεώρηση στο Κεφάλαιο V «Ψυχικές, Συμπεριφοριστικές και Νευρό-αναπτυξιακές Διαταραχές» ανέλαβε το Τμήμα Ψυχικής Υγείας και Χρήσης Ουσιών. Οι προτάσεις τους, που συνέβαλαν στην αναθεώρηση του κεφαλαίου V κατά τη συγγραφή του ICD-11 (2019), βασίστηκε σε δυο δομικά ερωτήματα: α) ποιες νοητικές και συμπεριφοριστικές κατηγορίες διαταραχές και συναφείς συνθήκες υγείας επηρεάζουν την παγκόσμια υγεία και θεωρούνται σημαντικές για να παρακολουθούνται από τα κράτη μέλη του ΠΟΥ και να λογίζονται ως βάση για τις αναφορές υγείας και τη διαμόρφωση της κλινικής φροντίδας, και β) πως θα μπορούσαν να γίνουν διακριτές και λειτουργικές αυτές οι κατηγορίες. Τα δυο αυτά ερωτήματα διαμόρφωσαν σε μεγάλο βαθμό το κεφάλαιο για την ψυχοπαθολογία στο αναθεωρημένο ICD-11. Με αυτό το σκεπτικό το ICD-11 αναδεικνύει δυο προτεραιότητες ως βασικά στοιχεία του: α) την κλινική του χρησιμότητα, και β) την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη εφαρμοσιμότητα στον παγκόσμιο χάρτη. Με τον τρόπο αυτό, το ICD-11 επιχειρεί να αναδείξει για πρώτη ένα κοινό θεωρητικό μοντέλο κατανόησης και ταξινόμησης όλων των φαινομένων της ψυχοπαθολογίας, λαμβάνοντας υπόψη διαπολιτισμικές διαφορές και κοινωνικά συστήματα σε συνδυασμό με θεωρητικά μοντέλα ψυχοπαθολογίας.

Η αναθεώρηση του DSM-IV αλλά και του ICD-10, αποσκοπούσε στην επικαιροποίηση ενός πλήθους φαινομένων της ψυχοπαθολογίας που εμφανίστηκαν ή/και αναθεωρήθηκαν τα τελευταία χρόνια. Προσπάθησε όμως να απαντήσει και σε ένα διαχρονικά επιστημονικό και ερευνητικό ζήτημα της μελέτης της ψυχοπαθολογίας: την αναζήτηση ερμηνείας και κατανόησης των ψυχοπαθολογικών φαινομένων μέσα από μια διαφορετική οπτική, που αντιλαμβάνεται τόσο τη φυσιολογική όσο και την παθολογική συμπεριφορά ως αντιδιαμετρικές αλλά αλληλένδετες

εκφάνσεις της ανθρώπινης συμπεριφοράς (Helzer et al., 2008). Έτσι ο λόγος και ο αντίλογος της θεωρητικής συζήτησης, που αποτελεί ουσιαστικά και το «μήλον της έριδος» μεταξύ των ειδικών και κλινικών μελετητών της ψυχοπαθολογίας παγκοσμίως, ανάγεται στο ποιο θεωρητικό μοντέλο μπορεί να περιγράψει την ψυχοπαθολογία και τις επιμέρους εκφάνσεις της (πχ. διαταραχές προσωπικότητας) καλύτερα από τα παραδοσιακά κατηγορικά συστήματα ταξινόμησης που εφαρμόζονταν για αρκετά χρόνια (Andrews et al., 1999· Frances, 2012).

### ***1.5.3. Το Νευροβιολογικό Σύστημα Οργάνωσης και Έρευνας της Ψυχοπαθολογίας (RDoC) του NIMH***

Η συζήτηση αναθεώρησης του τρόπου αντίληψης της ψυχοπαθολογίας, έχει αποτελέσει για χρόνια πεδίο έντονου προβληματισμού στην προσπάθειά τους να αποδώσουν ένα ολοκληρωμένο και επιστημονικά αποδεκτό μοντέλο οργάνωσης και ταξινόμησης της ψυχοπαθολογίας. Ταυτόχρονα με τις αναθεωρήσεις των εγχειριδίων DSM και ICD, νέες επιστημονικές προτάσεις έκαναν δυναμική εμφάνιση την τελευταία δεκαετία. Μια από αυτές, παρουσιάστηκε από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας των Η.Π.Α. (National Institute of Mental Health [NIMH]). Το Εθνικό Ινστιτούτο, το 2008, στο νέο στρατηγικό σχεδιασμό του για τη μελέτη των φαινομένων της ψυχοπαθολογίας, προσδιόρισε τον εξής στόχο: «την ανάπτυξη, για ερευνητικούς σκοπούς, νέους τρόπους ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών στη βάση διαστάσεων που να μπορούν να παρατηρηθούν και να αξιολογηθούν στη συμπεριφορά του ατόμου, αλλά, ταυτόχρονα να μπορούν να αποδειχθούν με νευρο-βιολογικές μετρήσεις» (NIMH, 2008).

Η εφαρμογή αυτού του στόχου ονομάστηκε Research Domain Criteria project ([RDoC], NIMH, 2010) και αποτέλεσε την απαρχή ενός τεράστιου προγράμματος χρηματοδοτήσεων, ερευνών, δοκιμών και παρεμφερών δραστηριοτήτων, γύρω από ψυχοπαθολογία και τις ψυχικές

διαταραχές. Απώτερος σκοπός είναι να δημιουργηθεί μια ερευνητική βιβλιογραφία που θα μπορεί να υποστηρίξει μια αλλαγή-μετάβαση της αντίληψης της ψυχοπαθολογίας από την περιγραφική φαινομενολογία προς την επιστήμη των νευρο-επιστημών και της συμπεριφοράς (Cuthbert, 2014). Επιπλέον, το NIMH καθιέρωσε την ερευνητική χρηματοδότηση για όσους ερευνητές χρησιμοποιούν το νέο διαγνωστικό σύστημα που ανέπτυξε (Insel, 2013).

Το RDoC τέθηκε σε εφαρμογή το 2009 και εμφανίστηκε σαν ένα εναλλακτικό μοντέλο ερμηνείας και οργάνωσης της ψυχοπαθολογίας, ως απάντηση στην αδυναμία του DSM να τεκμηριώσει επαρκώς μια νευροβιολογική θέση γύρω από την αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών (Hyman, 2007). Τα ελλιπή ερευνητικά συμπεράσματα και η αδυναμία επιστημονικής τεκμηρίωσης δεν ήταν μόνο αποτέλεσμα των περιορισμένων ερευνητικών προγραμμάτων για την ψυχική υγεία. Το NIMH για πολλά χρόνια αξιοποιώντας την ερευνητική και επιστημονική πρόοδο που συντελέστηκε με τα κατηγορικά κριτήρια των εγχειριδίων του DSM-III και ICD-9, ουσιαστικά υιοθέτησε ένα γενικό ταξινομικό σύστημα βασισμένο σε συμπτώματα, παραβλέποντας οποιαδήποτε άλλη αιτιολογική προσέγγιση της ψυχοπαθολογίας (Clark & Watson, 1991· Hyman, 2010· Owen, 2014).

Η ανάγκη για μια πειραματική-ερευνητική προσέγγιση ήταν μονόδρομος, μιας και ο τρόπος εμπειρικής αντίληψης της ψυχοπαθολογίας και οι πρακτικοί περιορισμοί που συνεπαγόταν έθετε σε αμφισβήτηση τα υπάρχοντα ταξινομικά συστήματα. Υιοθετώντας βασικές αρχές επιστημών (όπως π.χ., γενετική, βιολογία), το RDoC υποστηρίζει ότι οι ψυχικές διαταραχές ως ψυχοπαθολογικά φαινόμενα μπορεί να ερευνηθούν μέσα από τη μελέτη συμπεριφοριστικών αντιδράσεων και εγκεφαλικών μηχανισμών, παρά απόλυτες ονομαστικές κατηγορίες (Clark et al., 2015). Για το λόγο αυτό, και το RDoC διαφέρει από το DSM και το ICD σε δυο κύρια σημεία: πρώτον, υιοθετεί μια τελείως διαφορετική διαστατική προσέγγιση,

πιο κοντά στο Εναλλακτικό Μοντέλο Διαταραχών Προσωπικότητας (EMΔΠ) του DSM-5 και του ICD-11, και δεύτερον, το RDoC δεν επιχειρεί να γίνει άλλο ένα διαγνωστικό-ταξινόμικό εγχειρίδιο, αλλά περισσότερο ένα ερευνητικό πρωτόκολλο μελέτης και έρευνας της ψυχοπαθολογίας.

Η καινοτομία του RDoC εγχειρήματος είναι η εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση της έρευνας γύρω από την εξελικτική ψυχοπαθολογία και η άποψη ότι το ερευνητικό πρωτόκολλο των ψυχικών διαταραχών θα πρέπει να ενσωματώνει όλους τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες και όχι τους διαχρονικά πιο οικείους (π.χ. τραυματικά γεγονότα, προσωπικές αντιδράσεις, κοινωνικές σχέσεις). Αντιθέτως, με την ανάδειξη νέων μεθόδων μελέτης της ψυχοπαθολογίας, όπως οι συμπεριφοριστικές νευροεπιστήμες, νευρο-απεικονιστικές τεχνικές, ψυχομετρική ανάλυση της συμπεριφοράς, και η μελέτη της ανθρώπινης συμπεριφοράς στα διάφορα περιβαλλοντικά και κοινωνικά πλαίσια, δημιουργούν τον ιδανικό ερευνητικό χώρο μελέτης της ψυχοπαθολογίας (Clark et al., 2015).

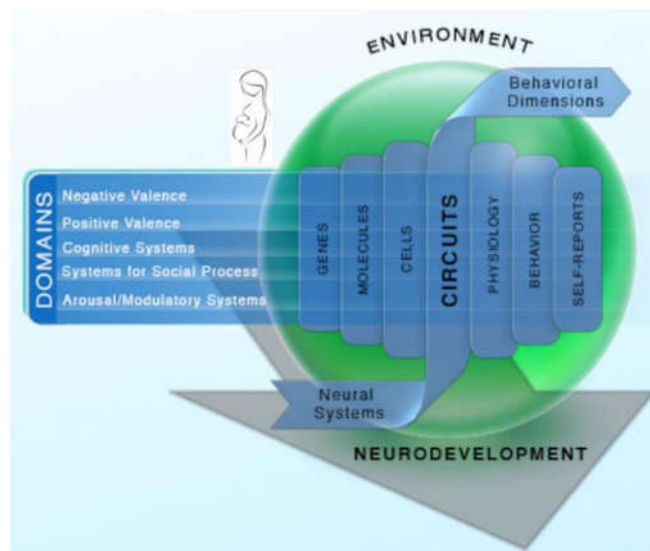
Η πρωτοτυπία του ερευνητικού σχεδιασμού του RDoC περιλαμβάνει τέσσερα πεδία που στοχεύουν στη συνδυαστική μελέτη εγκεφάλου και συμπεριφοράς σε όλα τα αναπτυξιακά στάδια σε όλα τα κοινωνικά πλαίσια. Τα τέσσερα πεδία έρευνας αποτελούνται από: δυο γενικούς παράγοντες – νευρο-αναπτυξιακοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες που ορίζουν το γενικό πλαίσιο. Και δυο λειτουργικά πεδία με υποκατηγορίες (“negative valence systems,” “positive valence systems,” “cognitive systems,” “social processes,” και “arousal and regulatory systems,”) που πλαισιώνουν το “RDoC matrix” (Σχήμα 1). Η αλληλεπίδραση των παραγόντων με τα λειτουργικά πεδία και τις υποκατηγορίες αποτελούν ένα δυναμικό μοντέλο που διαρκώς θα μελετάται, θα ανατροφοδοτείται και θα τροποποιείται στην προσπάθεια του να αφομοιώνει

τις νέες ερευνητικές πληροφορίες και να αναδεικνύει ή και να συμπληρώνει τις σχέσεις του μοντέλου (Clark et al., 2015· Cuthbert, 2014· Ross & Margolis, 2019).

Μάλιστα, ήδη οι πρώτες αντιδράσεις από την επιστημονική κοινότητα, αν και διστακτικές κυρίως λόγω της υπερβολικής ανάδειξης και επιμονής στο νευροβιολογικό παράγοντα των ψυχικών διαταραχών (Lake et al., 2017), καλωσορίζουν με ιδιαίτερο ενδιαφέρον την τεράστια ερευνητική ενεργοποίηση με την ελπίδα ότι μελλοντικές αναθεωρήσεις των ταξινομικών συστημάτων θα έχουν να ωφεληθούν από τη δουλειά που θα γίνει στο RDoC. Μέχρι τη στιγμή της συγγραφής της διδακτορικής εργασίας, η βιβλιογραφική ανασκόπηση υπήρξε περιορισμένη, επικεντρωμένη κυρίως στην προσπάθεια κατανόησης του μοντέλου και του τρόπου εφαρμογής του στην ερευνητική πράξη (Cuthbert & Insel, 2013· Elmer et al., 2016· Ross & Margolis, 2019).

### Σχήμα 1

Το νευροβιολογικό σύστημα οργάνωσης και έρευνας της ψυχοπαθολογίας (RDoC) του NIMH



Πηγή: NIMH, 2021

Ωστόσο, με αφορμή τις σύγχρονες εξελίξεις γύρω από τη συζήτηση της ψυχοπαθολογίας, κρίνεται σκόπιμο στο σημείο αυτό, να γίνει αναφορά και στο πιο πρόσφατο σύστημα οργάνωσης



και ταξινόμησης της ψυχοπαθολογίας που εμφανίστηκε μόλις τα τελευταία χρόνια. Πρόκειται για το σύστημα Hierarchical Taxonomy of Psychopathology ([HiTOP], Kotov et al., 2017).

#### ***1.5.4. Το Ιεραρχικό Ταξινομικό Σύστημα Οργάνωσης της Ψυχοπαθολογίας HiTOP***

Για πολλά χρόνια στα διαγνωστικά εγχειρίδια (DSM, ICD) η προσπάθεια κατανόησης και ταξινόμησης της ψυχοπαθολογίας βασιζόνταν σε μια απόλυτη ταξινόμηση, νοσολογικής προσέγγισης, όπου οι ψυχικές διαταραχές έπαιρναν προκαθορισμένες ονομασίες βάσει κατασκευασμένων κατηγοριών. Η προσέγγιση αυτή είναι γνωστή ως “top-down approach”. Τα τελευταία χρόνια όμως, μια νέα ταξινομική πρόταση, εμπειρικής προσέγγισης, αντιλαμβάνεται τις διαταραχές με βάση ομαδοποιημένα χαρακτηριστικά τα οποία και αναλύονται προκειμένου να αναδείξουν λανθάνουσες ψυχοπαθολογικές διαστάσεις (latent variables). Η προσέγγιση αυτή είναι γνωστή και ως “bottom-up approach” (Krueger et al., 2018).

Οι διαχρονικές αδυναμίες συμφωνίας και ανάδειξης ενός αποδεκτού και επιστημονικού ταξινομικού συστήματος της ψυχοπαθολογίας, οδήγησαν τους ερευνητές στην αναζήτηση εμπειρικών διαστάσεων περιγραφής των ψυχικών διαταραχών (Lubke & Miller, 2015). Με αυτό το σκεπτικό, μία ομάδα κλινικών ερευνητών που αποτέλεσε την κοινοπραξία (consortium) του HiTOP (<http://medicine.stonybrookmedicine.edu/HITOP>) προσπάθησε να αναπτύξει μία ταξινομική προσέγγιση, βασισμένη στις εξελίξεις γύρω από την ποσοτική έρευνα στην ψυχοπαθολογία (Kotov et al., 2017). Οι κύριοι στόχοι αυτής της προσπάθειας υπήρξαν: α) η συγκέντρωση και η ενσωμάτωση της μέχρι σήμερα έρευνας και β) η ανάδειξη ενός μοντέλου-συστήματος που να υποστηρίζεται από τις υπάρχουσες μελέτες, παρέχοντας περισσότερη κλινική αξιοπιστία και εγκυρότητα από τα παραδοσιακά ταξινομικά συστήματα (DSM και ICD).

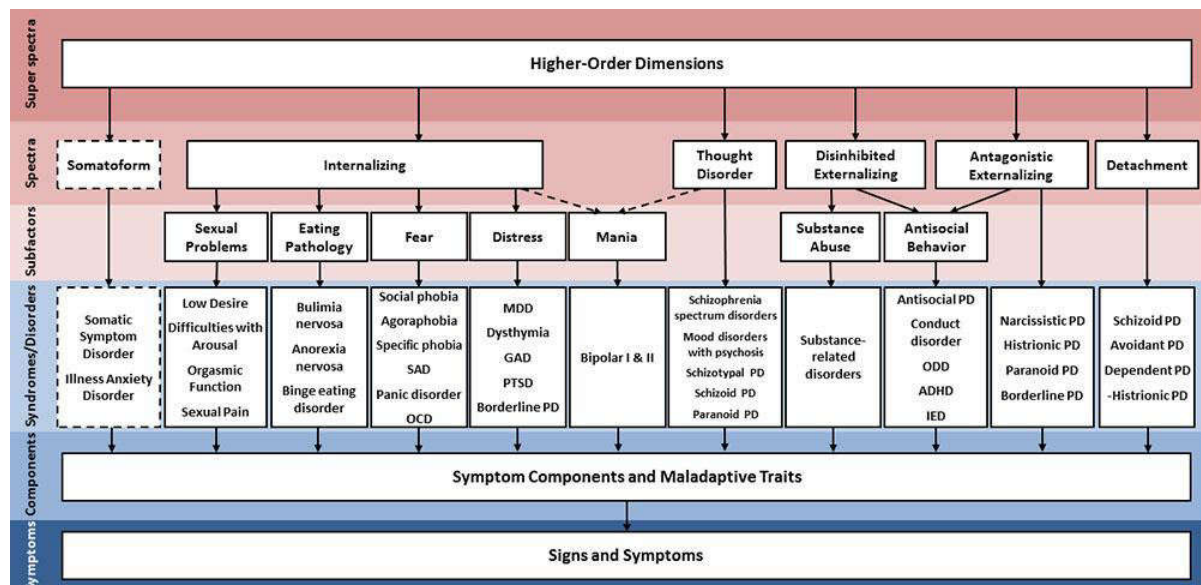
Το νέο σύστημα ταξινόμησης της ψυχοπαθολογίας είναι ουσιαστικά ένα ιεραρχικό μοντέλο οργάνωσης των ψυχικών διαταραχών κατά το πρότυπο των ιεραρχικών μοντέλων δομής

παραγόντων (Goldberg, 1993, 2006). Περιλαμβάνει μια σειρά από νέους ορισμούς και έννοιες, όπως π.χ., “spectra” (φάσματα), “super spectra” (υπέρ-φάσματα), “subfactors” (υπό-παράγοντες), καθώς και ένα σύνολο σχέσεων αιτιολογικών παραγόντων μεταξύ συμπτωμάτων-δυσλειτουργικών συμπεριφορών και χαρακτηριστικών προσωπικότητας και διαστάσεων ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από πέντε επίπεδα ιεραρχικά οργανωμένα. Ξεκινώντας από κάτω προς τα πάνω, στο κατώτερο επίπεδο βρίσκονται τα συμπτώματα, οι ενδείξεις και οι δυσλειτουργικές συμπεριφορές (symptoms and maladaptive traits), όπως π.χ. η αϋπνία, ή η εκκεντρικότητα.

Στο αμέσως επόμενο επίπεδο, περιλαμβάνονται οι ομάδες, που συµμεταβάλλονται και αλληλεπιδρούν δημιουργώντας σύνδρομα ή διαταραχές (syndromes and disorders), όπως π.χ., οι διαταραχές διατροφής. Το τρίτο επίπεδο, τα σύνδρομα αναδεικνύουν επτά επιμέρους υπό-παράγοντες (subfactors), όπως π.χ., για παράδειγμα, ο υπό-παράγοντας της φοβίας αναδεικνύεται από την κοινωνική φοβία, την αγοραφοβία, την ειδική φοβία, τη διαταραχή πανικού και την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Στο τέταρτο επίπεδο, ομάδες συνδρόμων οργανώνονται σε ευρεία φάσματα ψυχοπαθολογίας (spectra), όπως για παράδειγμα το φάσμα της «εσωτερικοποίησης» (internalizing) που περιλαμβάνει τα σεξουαλικά προβλήματα, τις διαταραχές διατροφής, τις φοβίες, το άγχος (Waszczuk et al., 2017). Τέλος, στο πέμπτο επίπεδο δημιουργούνται υπέρ-φάσματα (super-spectra) ψυχοπαθολογίας που αναδεικνύουν τους ανώτερους παράγοντες γενικής ψυχοπαθολογίας και ο γενικός παράγοντας (*p-factor*) ψυχοπαθολογίας (Kotov et al., 2018) (Σχήμα 2).

## Σχήμα 2

Το ιεραρχικό μοντέλο ψυχοπαθολογίας HiTOP



Πηγή: APA, 2017

Το μοντέλο ταξινόμησης HiTOP αν και πρόσφατο και νεοσύστατο, επιχειρεί με ένα πρωτοποριακό μεθοδολογικό τρόπο να ενσωματώσει τεράστια κεφάλαια και ενότητες της ψυχοπαθολογίας σε ένα ομολογουμένως πολύπλοκο σύστημα αναφοράς, τουλάχιστον όχι λιγότερο πολύπλοκο από ό,τι διέπει και την πραγματική φύση της ψυχοπαθολογίας. Οι πρωτοτυπίες που υποστηρίζει και φιλοδοξεί να αποδείξει ερευνητικά από την ημέρα ανακοίνωσης του διαρκώς τίθενται υπό έρευνα αλλά και κριτική. Ολόκληρα ερευνητικά κεφάλαια, όπως η περιγραφή της ψυχοπαθολογίας με φάσματα (σε διαστατικά συνεχή από το φυσιολογικό στο μη φυσιολογικό και αποκλίνον), η απλοποίηση της ταξινομικής πολυγλωσσίας στις ψυχικές διαταραχές, η υιοθέτηση και εφαρμογή σύγχρονων μεθοδολογικών και ψυχομετρικών γνώσεων σε συνδυασμό με τις τελευταίες εξελίξεις στη γενετική και τη νευροβιολογία αναπτύσσονται για πρώτη φορά συνδυαστικά σε ένα πολυμορφικό μοντέλο. Ταυτόχρονα όμως, αυτή η πρωτόγνωρη εργασία βρίσκεται σε διαρκή έρευνα και επιστημονική

κριτική, όπως για παράδειγμα ότι διακατέχεται από υπερβολική πολυπλοκότητα και σύγχυση, παράγει δυσκολίες στην κλινική υιοθέτηση και εφαρμογή (Haeffel et al., 2021).

Κατά τη διάρκεια συγγραφής της παρούσας διατριβής, οι έρευνες και οι αναθεωρήσεις και επικαιροποιήσεις του HiTOP (ήδη έχει ανακοινωθεί η δεύτερη έκδοση του) προσθέτουν νέα δεδομένα στη σύνθεση και κατανόηση του μοντέλου. Ανεξαρτήτως κριτικής και δυσκολιών στη διαχείριση των πολύπλοκων και πολυδιάστατων εννοιών που πραγματεύεται, το μοντέλο HiTOP έρχεται να επιβεβαιώσει τη διαχρονική πεποίθηση για τη διαστατική φύση της ψυχοπαθολογίας σε όλες τις αναπτυξιακές φάσεις του ατόμου (Achenbach, 1966· Achenbach, 2015· Carragher et al., 2015· Krueger & Eaton, 2015).

Το μοντέλο HiTOP, καθότι διαστατικό από τη φύση του, δε θα μπορούσε να μην υιοθετήσει στην οργάνωση του και μια σχέση με την ιδιαίτερη ομάδα των διαταραχών προσωπικότητας. Ως αναπόσπαστο κομμάτι της ψυχοπαθολογίας, οι διαταραχές προσωπικότητας τοποθετούνται με αντίστοιχο διαστατικό τρόπο μέσα στο μοντέλο HiTOP, αναδεικνύοντας νέες πολυδύναμες σχέσεις με τις υπόλοιπες ψυχικές διαταραχές του μοντέλου (Widiger et al., 2019). Το σκεπτικό και κυρίως η διαχρονική δυναμική της σχέση της προσωπικότητας με την ψυχοπαθολογία, θα αναπτυχθούν στα επόμενα κεφάλαια της διδακτορικής εργασίας.

## Κεφάλαιο 2

### Προσωπικότητα και Ψυχοπαθολογία

Η σχέση μεταξύ προσωπικότητας και ψυχοπαθολογίας έχει μια μακρά ιστορία συζήτησης (Maher & Maher, 1994) και κατά καιρούς έχει αλλάξει αρκετές φορές στην προσπάθεια αναζήτησης μιας πιο εμπεριστατωμένης προσέγγισης. Ωστόσο, κατά κύριο λόγο, στη βάση αυτής της σχέσης τοποθετείται η ιδέα ότι η ψυχοπαθολογία εμφανίζεται σε άτομα με προνοσηρή προσωπικότητα και μάλιστα η κατανόηση αυτής της σχέσης μπορεί να βοηθήσει στο να καταλάβουμε επιμέρους διαστάσεις της ανθρώπινης λειτουργικότητας (Tackett, 2006).

Τις τελευταίες δυο δεκαετίες, μια διαρκώς αναπτυσσόμενη προσπάθεια μελέτης αυτής της σχέσης, διερευνά τη σχέση μεταξύ αιτιολογίας της παθολογίας της προσωπικότητας και διαφόρων άλλων παραγόντων (ενδ. Krueger & Tackett, 2003· Widiger et al., 1999). Όπως για παράδειγμα, τη δομή της προσωπικότητας και της ψυχοπαθολογίας άλλων διαταραχών (De Graaf et al. 2002· Hettema et al., 2006· Kendler et al., 2006), τη σχέση μεταξύ διαστάσεων προσωπικότητας και διαταραχών προσωπικότητας (Samuel & Widiger, 2008· Hengartner et al., 2014), την κατάχρηση ουσιών (Krueger, 1999· Turiano et al., 2012), τα σεξουαλικά προβλήματα (Harris et al., 2008· Leeners et al., 2014), την αποτελεσματικότητα ψυχολογικών και φαρμακευτικών θεραπειών (Quilty et al., 2008· Spek et al., 2008).

Η ευρεία αυτή ερευνητική αναζήτηση επιβεβαιώνεται και από τα πρόσφατα γενετικά ευρήματα, που υποστηρίζουν ότι, η προσωπικότητα είναι ένας από τους κύριους παράγοντες που υποβόσκουν πίσω από τις γενικές ψυχοπαθολογικές δυσλειτουργίες και ταυτόχρονα ευθύνονται για τη σοβαρότητα και τη συνοσηρότητα των ψυχικών διαταραχών (Caspi et al., 2014· Hengartner et al., 2016· Tackett et al., 2013). Ταυτόχρονα, έχει υποστηριχθεί ότι οι

δυσλειτουργικές διαστάσεις της προσωπικότητας παίζουν πρωταγωνιστικό ρόλο στην έναρξη αλλά και την ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας (Hengartner, 2015· Klein et al., 2011· Kotov et al., 2010· Krueger & Eaton, 2010). Ωστόσο, μέχρι σήμερα η ακριβής σχέση μεταξύ προσωπικότητας και ψυχοπαθολογίας δεν έχει επαρκώς καταδειχθεί, παρόλα τα διαθέσιμα αιτιολογικά μοντέλα που κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί. Το γεγονός αυτό, αποτελεί ένα διαρκές ερευνητικό πεδίο μελέτης (Klein et al., 2011· Krueger & Tackett, 2003· Widiger, 2011).

Η αναγκαιότητα αποκλειστικής και επικεντρωμένης μελέτης της προσωπικότητας και των διαταραχών προσωπικότητας (ΔΠ) είναι μια διαχρονική συζήτηση που οδήγησε στην ξεχωριστή καταχώρηση τους (Άξονας II) από τις υπόλοιπες ψυχικές διαταραχές (Άξονας I) κατά την τρίτη αναθεώρηση του DSM (DSM-III, APA, 1980). Προκειμένου να γίνει αντιληπτή η σημαντικότητα της μελέτης των ΔΠ στα ταξινομικά συστήματα που παρουσιάσαμε, αλλά κυρίως την προσπάθεια κατανόησης τους, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούμε σε δυο θεματικές έννοιες: πρώτον, στην έννοια και τη φύση των ΔΠ, και δεύτερον, στον τρόπο οργάνωσης και ταξινόμησής τους μέσα στο ευρύτερο πεδίο της ψυχοπαθολογίας.

## ***2.1. Έννοια και Φύση των Διαταραχών Προσωπικότητας***

Πολλοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με τη σχέση που διέπει τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και αυτά των ΔΠ. Η ιδέα πίσω από την ερευνητική υπόθεση είναι ότι η παθολογική προσωπικότητα μπορεί να κατανοηθεί πληρέστερα αν περιγραφεί σαν αποκλίνουσα έκφραση των υπάρχόντων χαρακτηριστικών της φυσιολογικής προσωπικότητας (Livesley et al., 1992· Livesley et al., 1993· Livesley, 2001· Morey et al., 2015· Zimmerman, 1994). Και αυτό γιατί, η φυσιολογική και η παθολογική προσωπικότητα δεν είναι ασύνδετες μεταξύ τους, αντιθέτως η δομή τους φαίνεται να είναι σχεδόν ίδια, σύμφωνα με έρευνες που

πραγματοποιήθηκαν τόσο σε κλινικό όσο και σε μη κλινικό πληθυσμό (Clark & Watson, 1999· O' Connor, 2002).

Οι ΔΠ αποτελούν μια σημαντική κλινική οντότητα ψυχικών φαινομένων στο χώρο της ψυχικής υγείας. Αυτό συμβαίνει όχι μόνο λόγω της συχνής εμφάνισής τους (Lenzenweger et al., 2007· Volkert et al., 2018· Winsper et al., 2020), αλλά και για την ιδιαιτερότητα της σχέσης που δημιουργείται στην κλινική θεραπευτική πράξη (Angstman, 2011· Ekselius, 2018· Karukivi et al., 2017), την πορεία και εξέλιξη της θεραπείας τους (Paris, 2003· Paris, 2004· Tyrer & Howard, 2020) αλλά και του προσωπικού και διαπροσωπικού κόστους καθώς και των δυσκολιών που συνεπάγεται ο βαθμός της λειτουργικότητας του ατόμου με ΔΠ στις κοινωνικές σχέσεις του (Gleason et al., 2014· Musetti et al., 2019· Samuel et al., 2013).

Οι ΔΠ είναι μια κατηγορία από τις ψυχικές διαταραχές που σχετίζεται με μειωμένο προσδόκιμο ζωής (Fok et al., 2012), υψηλή πιθανότητα διακοπής θεραπείας (Tyrer et al., 2010), ενώ αρκετές φορές λανθάνουν πίσω από άλλες διαγνώσεις με αποτέλεσμα «φορτωμένης φαρμακευτικής αγωγής», περιττές νοσηλείες και τελικά αμφίβολου θεραπευτικού σχεδιασμού (Crawford et al., 2011). Μάλιστα, στη μετα-ανάλυση των Beckwith et al. (2014), οι ΔΠ βρέθηκαν να είναι οι πιο συχνά εμφανιζόμενες διαγνώσεις μεταξύ των ψυχικών διαταραχών. Υπολογίζεται περίπου στο 12% (Torgersen, 2014· Torgersen et al., 2001), με ένα 25% να αναφέρεται σε ασθενείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Moran et al., 2000) και 50% σε ψυχιατρικούς ασθενείς (Beckwith, 2014). Τα νούμερα από μόνα τους επιβεβαιώνουν ένα μεγάλο ποσοστό διάγνωσης των ΔΠ, που συνεπάγεται την αναγκαιότητα αντίστοιχης θεραπευτικής αποτελεσματικότητας, ενός ορθολογικού κόστους παρέμβασης, και φυσικά το κοινωνικό κόστος που συνεπάγεται ο βαθμός δυσλειτουργικότητας αυτών των ατόμων στις κοινωνικές και διαπροσωπικές τους σχέσεις (Tyrer et al., 2015).

Η ταξινόμηση της προσωπικότητας μέσα στην ψυχοπαθολογία, απέκτησε τη βασική της δομή (όπως τουλάχιστον τη γνωρίζουμε μέχρι σήμερα) με τις μελέτες του Kurt Schneider (1887-1967), ο οποίος περιέγραψε το 1923 τον όρο «ψυχοπαθητικές προσωπικότητες». Στον ορισμό του για την παθολογική προσωπικότητα έκανε αναφορά στην στατιστική απόκλιση από τη νόρμα του πληθυσμού, επισημαίνοντας ότι «τα άτομα με παθολογική προσωπικότητα υποφέρουν από τη διαταραχή τους και παράλληλα κάνουν και την κοινωνία να υποφέρει» (Schneider, 1950). Η φράση αυτή του Schneider, αν και γενική, καταφέρει να αποδώσει το βασικό συστατικό στοιχείο των ΔΠ., που είναι η αδυναμία σύναψης και διατήρησης ικανοποιητικών διαπροσωπικών σχέσεων με το κοινωνικό σύνολο. Αργότερα, στον πιο ολοκληρωμένο ορισμό που θα δοθεί για τις ΔΠ, η έννοια της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης θα αποτελέσει τη βασική διαφορά από την υπόλοιπη ψυχοπαθολογία (π.χ., άγχος, φοβίες) που αρκετές φορές αναφέρεται σε προσωπικά συμπτώματα. Η τυπολογία του Schneider που ήταν αποτέλεσμα εμπειρικής δουλειάς, υπήρξε ο βασικός κορμός σύνταξης των ΔΠ στο ICD-6 (WHO, 1948) και μέχρι και το DSM-IV (APA, 1994).

Σήμερα, μετά από σχεδόν τέσσερις δεκαετίες μελέτης, είναι γενικά αποδεκτό, ότι οι Δ.Π. μπορούν να γίνουν αντιληπτές ως παραλλαγές ή εκφάνσεις υπερβολής των χαρακτηριστικών της φυσιολογικής προσωπικότητας (ενδ. Kendler et al., 2011· Krueger et al., 2014· Livesley, 2001· Morey et al., 2015· Suzuki et al., 2015· Widiger & Frances, 1994). Όμως, για τη μελέτη των ΔΠ και κυρίως για την ολοκληρωμένη και ακριβή κατανόησή τους, απαιτείται ένα πλαίσιο αναφοράς, όπου η οργάνωση και ταξινόμηση των φαινομένων που συνοδεύουν τις ΔΠ, να είναι έγκυρο και αξιόπιστο (Deary et al., 1998). Ο Zimmerman (1994) στην ανασκόπηση του για τους τρόπους και τα εργαλεία αξιολόγησης για τις ΔΠ κατέληξε στο συμπέρασμα ότι, ακόμα και τα πιο λεπτομερή εργαλεία (συνεντεύξεις και ατομικά ερωτηματολόγια) έχουν σοβαρά ζητήματα



αξιοπιστίας και εγκυρότητας και η ανάγκη για νέα εργαλεία αξιολόγησης των ΔΠ είναι επιβεβλημένος μονόδρομος αν θέλουμε να κατανοήσουμε την πραγματική τους φύση.

## **2.2. Ταξινομικά Μοντέλα Διαταραχών Προσωπικότητας**

Παρόλη τη δουλειά σε επιστημονικό, ταξινομικό και διαγνωστικό επίπεδο για δεκαετίες, η μελέτη και κατανόηση των ΔΠ δεν υπήρξε, ούτε είναι ακόμα και σήμερα μια εύκολη υπόθεση για συμπεράσματα, ορισμούς και αποφάσεις με σαφή κριτήρια διαχωρισμού. Η αξιολόγηση και η διάγνωση τους στην κλινική πράξη είναι ένα από τα πιο δύσκολα κλινικά ερωτήματα. Ο όρος «διαταραχή προσωπικότητας» χρησιμοποιείται κατά κόρον στην κλινική πράξη και αξιολόγηση, όχι τόσο ως μια επιβεβαιωμένη διάγνωση, αλλά αρκετές φορές για να περιγραφεί κάτι από το φάσμα της ψυχοπαθολογίας που σχετίζεται με τη (προβληματική) συμπεριφορά του ατόμου. Επειδή όμως αυτή η σχέση συμπεριφοράς κάποιες φορές είναι δύσκολο να διευκρινιστεί, ο χαρακτηρισμός «διαταραχή προσωπικότητας» καταλήγει να είναι μια λανθασμένη διάγνωση με υποτιμητική έως και κακοποιητική έννοια για το ποιο ενδεχομένως να είναι το πραγματικό ψυχικό πρόβλημα που απασχολεί το άτομο (Skodol, 2012· Widiger et al., 2005).

Η παραπάνω παραδοχή-διαπίστωση είναι μια από τις σημαντικότερες και διαχρονικές κριτικές που έχει δεχθεί ο τρόπος που αντιλαμβανόμαστε τις ΔΠ στην κλινική θεωρία και πράξη. Μια σειρά από σοβαρά ζητήματα σχετίζονται με τη μελέτη των ΔΠ, όπως η συνοσσηρότητα μεταξύ ΔΠ (Widiger & Rogers, 1989) η χρονική τους αστάθεια στη διάγνωση (Barash et al., 1985· Loranger et al., 1991), η ασάφεια των κριτηρίων αξιολόγησης για επιμέρους ΔΠ (Kass et al., 1985), η διαγνωστική ετερογένεια μεταξύ τους αλλά και μεταξύ των ειδικών (Clarkin et al., 1983), η αδυναμία συμφωνίας κριτηρίων διάγνωσης αλλά και περιγραφής κάποιων συγκεκριμένων ΔΠ (Blashfield & Haymaker, 1988), η συνοσσηρότητα μεταξύ ψυχικών

διαταραχών Άξονα I, ειδικά με διαταραχές ουσιών, διαταραχές διάθεσης και αγχώδεις διαταραχές (Clark, 1992).

Τα παραπάνω ζητήματα έχουν θέσει στο επίκεντρο της συζήτησης την προσπάθεια αναζήτησης μοντέλων που θα μπορούσαν να ερμηνεύσουν τη φύση των ΔΠ, και ταυτόχρονα την ταξινομική τους οργάνωση με τρόπο που να υποστηρίζεται και να προάγεται η διαρκής μελέτη και έρευνά τους. Ως προσπάθεια απάντησης στο παραπάνω ερώτημα, η βιβλιογραφία οργανώνεται γύρω από έναν δημιουργικό αντίλογο: την αντιπαράθεση μεταξύ κατηγορικής και διαστατικής αντίληψης και ταξινόμησης των ΔΠ, χωρίς απαραίτητα η μία να αποκλείει την άλλη (ενδ. Blashfield & McElroy, 1995· Clark, 2007· Kraemer et al., 2004· Oldham & Skodol, 2000· Samuel & Griffin, 2015· Tellegen 1993· Widiger & Costa, 2002· Widiger et al., 2005).

### ***2.2.1. Κατηγορικά Μοντέλα Διαταραχών Προσωπικότητας***

Η πρώτη αρχή οργανωμένης μελέτης των ΔΠ, πραγματοποιήθηκε με την 3<sup>η</sup> έκδοση του DSM (APA, 1980) κατά την οποία οι ΔΠ τοποθετούνται σε μια αυτόνομη ξεχωριστή κατηγορία από τις υπόλοιπες διαταραχές. Εγκαταλείποντας την νέο-Κρεπελιανή μέθοδο για τις ψυχικές διαταραχές, που ήταν βαθιά επηρεασμένη από την ψυχαναλυτική θεωρία, στο DSM-III αναπτύσσονται πιο εμπειρικοί τρόποι αξιολόγησης της ψυχοπαθολογίας. Με γνώμονα τη διεύρυνση των εμπειρικών δεδομένων για τον ορισμό των διαταραχών, υιοθετούνται διαγνωστικά κριτήρια και σημεία-συμπτώματα για την κάθε διαταραχή και αναπτύσσεται ένα πολυαξονικό σύστημα αξιολόγησης του δείκτη ψυχοπαθολογίας (Coolidge & Segal, 1998· Decker 2013· Blashfield et al., 2014). Η τοποθέτηση των ΔΠ στον Άξονα II, επέφερε μεγάλες αλλαγές στον τρόπο αξιολόγησης. Οι κλινικοί ειδικοί έπρεπε τώρα να αξιολογήσουν το άτομο-ασθενή με μια ΔΠ. Αυτό, αυτομάτως σήμανε την ανάγκη για εργαλεία αξιολόγησης των ΔΠ, που μέχρι τότε ήταν ελάχιστα. Ταυτόχρονα, υπήρξε και μια στροφή στην ανάπτυξη

περιγραφικών κριτηρίων για την αξιολόγηση και διάγνωση των ΔΠ. Με τον τρόπο αυτό, αναπτύχθηκαν μια σειρά από συγκεκριμένα κριτήρια για καθεμιά ΔΠ. Αυτή η διαγνωστική προσέγγιση «πολυθετικού» χαρακτήρα έθετε ως προϋπόθεση για την απόδοση μιας διαταραχής, την υποχρεωτική αντίχνευση ενός αριθμού περιγραφικών κριτηρίων στο άτομο. Για το λόγο αυτό, στο DSM-III, αναθεωρείται ο ορισμός για τις ΔΠ που ίσχυε μέχρι τότε: «Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι διαρκή μοτίβα αντίληψης, σχέσης και σκέψης που διακατέχουν το άτομο για το περιβάλλον και τον εαυτό του και διαπιστώνονται σε ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών και προσωπικών σχέσεων. Ωστόσο, μόνο όταν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας γίνονται άκαμπτα και δυσπροσαρμοστικά και προκαλούν, είτε σημαντική βλάβη/ανικανότητα στις κοινωνικές ή εργασιακές λειτουργίες του ή υποκειμενική δυσφορία, τότε συνιστούν Διαταραχή Προσωπικότητας. Οι εκδηλώσεις των Διαταραχών Προσωπικότητας γενικά εντοπίζονται κατά την ενηλικίωση του ατόμου ή και νωρίτερα και συνεχίζουν να υφίστανται σχεδόν καθ' όλη τη ζωή του, αν και συνήθως δεν είναι τόσο εμφανή κατά τη μέση και τρίτη ηλικία» (σελ. 305).

Ένα ακόμα ενδιαφέρον και πρωτότυπο στοιχείο του DSM-III για τις ΔΠ ήταν και η τοποθέτησή τους σε τρεις ομάδες: την πρώτη ομάδα των περίεργων και εκκεντρικών, τη δεύτερη ομάδα των δραματικών, συναισθηματικών και ασταθών, και την τρίτη ομάδα με τα αγχώδη και φοβικά χαρακτηριστικά. Στον Πίνακα 2, παρουσιάζονται οι ΔΠ που διαμορφώθηκαν στο DSM καθώς και οι σύντομες περιγραφές τους.

## **Πίνακας 2**

Οι ομάδες των ΔΠ στο DSM-III

Ομάδες	Διαταραχή Προσωπικότητας	Χαρακτηριστικά Ομάδας
Ομάδα Α	Παρανοειδής Σχιζοειδής	Παράξενη, εκκεντρική συμπεριφορά, ακαμψία

	Σχιζοτυπική	σκέψης και συμπεριφοράς
Ομάδα Β	Αντικοινωνική	Δραματική, συναισθηματική συμπεριφορά, παρορμητικότητα, αστάθεια συναισθήματος
	Οριακή	
	Ιστριονική	
	Ναρκισσιστική	
Ομάδα Γ	Αποφευκτική	Αγχώδης, φοβική συμπεριφορά, αποφυγή και γενικευμένο άγχος
	Καταθλιπτική	
	Ψυχαναγκαστική-	
	Καταναγκαστική	

Πηγή. DSM-IV, APA, 1994

Οι επόμενες εκδόσεις του DSM (DSM-III-R, APA, 1987; DSM-IV, APA, 1994) ουσιαστικά δεν επέφεραν μεγάλες αλλαγές στον τρόπο αντίληψης των ομάδων των ΔΠ, παρά μόνο κάποιες αλλαγές στις ονομασίες των διαταραχών καθώς και στις περιγραφές των κριτηρίων. Ο Πίνακας 3, παρουσιάζει συνοπτικά τις αλλαγές στις ΔΠ που πραγματοποιήθηκαν κατά τις αναθεωρήσεις του DSM (1980-2013).

### Πίνακας 3

Η εξέλιξη των ΔΠ στις αναθεωρήσεις του DSM

DSM-I (1952)	DSM-II (1968)	DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	DSM-IV (1994)
Παρανοειδής Σχιζοειδής Αντικοινωνική Συναισθηματικά Ασταθής	Παρανοειδής Σχιζοειδής Αντικοινωνική	Παρανοειδής Σχιζοειδής Αντικοινωνική Οριακή	Παρανοειδής Σχιζοειδής Αντικοινωνική Οριακή	Παρανοειδής Σχιζοειδής Αντικοινωνική Οριακή
Ψυχαναγκαστική	Ψυχαναγκαστική	Ψυχαναγκαστική	Ψυχαναγκαστική	Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική
Καταναγκαστική -Επιθετική	Καταναγκαστική -Επιθετική	Καταναγκαστική -Επιθετική	Καταναγκαστική -Επιθετική	-
Κυκλοθυμική	Κυκλοθυμική	-	-	-
Υπολειμματική	Υπολειμματική	-	-	-
Δυσκοινωνική	Αποφευκτική	-	-	-
Σεξουαλικά αποκλίνουσα	-	-	-	-
Εξαρτητική	-	-	-	-

Εκρηκτική	-	-	-
Υστερική	Ιστριονική	Ιστριονική	Ιστριονική
Φιλάσθενη	-	-	-
	Σχιζότυπη	Σχιζότυπη	Σχιζότυπη
	Ναρκισσιστική	Ναρκισσιστική	Ναρκισσιστική
	Αποφευκτική	Αποφευκτική	Αποφευκτική
	Εξαρτητική	Εξαρτητική	Εξαρτητική
		Παράρτημα Α	Παράρτημα Β
		Αυτό-	
		καταστροφική	-
		Σαδιστική	-
		-	Παθητική-
		-	επιθετική
		-	Καταθλιπτική

*Πηγή: Coolidge & Segal, 1998, σελ. 595*

Η περιγραφή των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, και η σχέση τους με τις ΔΠ, όπως διατυπώθηκε στο DSM, αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό σημείο, καθώς τίθεται το εννοιολογικό ζητούμενο για το αν οι ΔΠ είναι διακριτές κατηγορίες (ξεχωριστά από το φυσιολογικό) ή αποτελούν συνεχείς εκφάνσεις που σχετίζονται με τη φυσιολογική συμπεριφορά. Εξάλλου, το DSM πάντοτε αντιλαμβανόταν τις ψυχικές διαταραχές σαν κατηγορικά φαινόμενα (παρόντα ή απόντα), κατά το πρότυπο του ιατρικού-νοσολογικού μοντέλου, επομένως το συγκεκριμένο ερώτημα για τη φύση των ΔΠ ήταν λίγο έως πολύ κάτι μη αμφισβητήσιμο (Coolidge & Segal, 1998).

Η κατηγορική προσέγγιση που υιοθετεί το DSM, ερμηνεύει την καθεμιά από τις ΔΠ σα μια ξεχωριστή και διακριτή κατηγορία, εντελώς διαφοροποιημένη από τη «φυσιολογική» προσωπικότητα και ακολουθεί το σκεπτικό της νοσολογικής χαρτογράφησης του ιατρικού μοντέλου, όπου η διαταραχή λογίζεται ως νόσος και κατά συνέπεια ερμηνεύεται ως παρούσα ή απύουσα (Compton & Guze, 1995). Έτσι, μια ΔΠ στο DSM αξιολογείται με βάση έναν αριθμό κριτηρίων (κυρίως πέντε) προκειμένου να θεωρείται παρούσα. Ο αριθμός των κριτηρίων ποικίλει από διαταραχή σε διαταραχή, αλλά το ζητούμενο είναι να αναζητηθεί και να

διαπιστωθεί στην κλινική πράξη ένα σύνολο (συνήθως από τέσσερα και πάνω) προκειμένου να αποδοθεί η διαταραχή στο άτομο.

Στο πλαίσιο της κατηγορικής αντίληψης για την ταξινόμηση των ΔΠ, έχουν προταθεί κατηγορικά μοντέλα, αρκετά από τα οποία συνέβαλλαν στη συζήτηση για το διαχωρισμό τους σε επιμέρους διακριτές κατηγορίες. Ένα από αυτά είναι το υβριδικό μοντέλο του Gunderson (1988), που αξιολογεί το εύρος της δυσλειτουργικότητας της συμπεριφοράς με βάση το επίπεδο της σοβαρότητας: η ταξινόμηση γίνεται με ιεραρχικό τρόπο όπου οι πιο σοβαρές διαταραχές υπερτερούν έναντι των ήπιων και ταυτόχρονα όσο η διαταραχή αποκλίνει από το φυσιολογικό, τόσο ενισχύεται η διάκριση των επιμέρους κατηγοριών Δ.Π.

Η ψυχοδυναμική δομή ταξινόμησης της ψυχοπαθολογίας προσωπικότητας του Kernberg (1984) είναι άλλο ένα δείγμα κατηγορικής αντίληψης των ΔΠ, καθώς με κριτήριο την προοδευτική βαρύτητα της ψυχοπαθολογίας σε τρεις διακριτές κλάσεις (νευρωτική, οριακή και ψυχωτική) προκύπτει ένας γενικός δείκτης αξιολόγησης της διαταραχής με έμφαση κυρίως στην οριακή διαταραχή. Στο κατηγορικό μοντέλο του Hare (1960), δομικό στοιχείο για την παθολογία της προσωπικότητας συνιστά το εύρος της ψυχοπάθειας. Πρόκειται για ένα ιεραρχικό μοντέλο δυο παραγόντων, με τον κάθε παράγοντα να υποδιαιρείται σε δυο υπο-διαστάσεις. Η σημαντικότερη κριτική που έχει δεχθεί η επί χρόνια υιοθέτηση του κατηγορικού μοντέλου των Δ.Π. είναι ότι δεν έχει αποδειχθεί επαρκώς. Πολύ δε περισσότερο, δεν αποδεικνύει την ύπαρξη των δέκα ή κάποιου άλλου αριθμού ΔΠ, ώστε να μπορεί να παραμείνει ως αξιόπιστο σύστημα οργάνωσης των ΔΠ (Clark, 2007· Livesley, 2003· Widiger, 1993· Wiggins & Pincus, 1989).

Το αποτέλεσμα ήταν ήδη από τις πρώτες αναθεωρήσεις του DSM-III να παρατηρείται υψηλή συνοσηρότητα σε κάποιες διαταραχές, αυξημένη υπέρ-διάγνωση σε κάποιες και ετερογένεια μεταξύ των διαγνωστικών κατηγοριών (Widiger et al., 2009· Widiger & Simonsen,

2005). Ένα από τα σοβαρότερα και αρκετά συχνό πρόβλημα σε εμφάνιση, ήταν η διάγνωση της ΔΠ «Μη Προσδιοριζόμενης αλλιώς» (Skodol, 2012· Widiger et al., 2005), γεγονός που έθετε υπό αμφισβήτηση την επάρκεια της διαγνωστικής αξιολόγησης και αναδείκνυε σοβαρά κενά της κατηγορικής διάταξης ως προσέγγιση (Clark et al., 1997).

Το σημαντικό ίσως πλεονέκτημα της κατηγορικής ταξινόμησης παραμένει το γεγονός ότι αποφαίνεται κατά ένα απόλυτο τρόπο για τη διάγνωση, διαχωρίζοντας κατά το ιατρικό μοντέλο, το νοσηρό (διαταραχή) από το φυσιολογικό. Δημιουργεί, επίσης, έναν ασφαλή και απλό οδηγό διερεύνησης των ΔΠ μεταξύ των ειδικών, και παράλληλα αναπτύσσει μια διαγνωστική οικειότητα στα συμπτώματα υπό εξέταση, εξασφαλίζοντας μια κοινή γλώσσα επικοινωνίας στην κλινική πράξη (Morey et al., 2015· Shedler & Westen, 2004· Simonsen, 2010).

### ***2.2.2. Διαστατικά Μοντέλα Διαταραχών Προσωπικότητας (Dimensional models)***

Η εναλλακτική πρόταση της διαστατικής προσέγγισης που προτάθηκε για την ερμηνεία των ΔΠ ήδη από την αναθεώρηση του DSM-III, είχε τη βάση της στο ότι τα διαστατικά μοντέλα μπορούν να δώσουν πιο αξιόπιστα αποτελέσματα και να βοηθήσουν στην επλυση των διαφόρων προβλημάτων της κατηγορικής ταξινόμησης των ΔΠ, (Samuel & Griffin, 2015· Widiger, 1993· Widiger et al., 2005). Παράλληλα δίνεται η δυνατότητα να αποφευχθούν τα αυστηρά όρια μιας κατηγορικής διάγνωσης και να εφαρμοστούν επιστημονικά κριτήρια για τη διάκριση μεταξύ δυσλειτουργικών και φυσιολογικών χαρακτηριστικών προσωπικότητας (Widiger, 1993).

Έχουν διατυπωθεί αρκετοί τρόποι της διαστατικής προσέγγισης, και οι οποίοι θα μπορούσαν να υιοθετηθούν για την κατανόηση και την ταξινόμηση των Δ.Π (Livesley et al., 1998). Στην έρευνά τους, υποστήριξαν ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι οργανωμένα ιεραρχικά σε κατώτερα χαρακτηριστικά (lower-order traits) που συνδυάζονται για να αναδείξουν ανώτερα χαρακτηριστικά (higher-order traits). Μάλιστα, ερευνώντας δείγμα

γενικού και κλινικού πληθυσμού, διαπίστωσαν ότι αυτή η ιεραρχική οργάνωση των χαρακτηριστικών είναι κοινή. Ταυτόχρονα, απέδειξαν ότι οι δυο ιεραρχικές βαθμίδες είναι αλληλένδετα υποστηριζόμενες και ότι δε μπορεί να υπάρξει ενιαία δομή χαρακτηριστικών προσωπικότητας και έρευνά τους χωρίς και τις δυο μαζί οργανωμένες ιεραρχικά.

Φυσικά, η ιδέα ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι ιεραρχικά οργανωμένα δεν είναι καινούργια. Στο μοντέλο των τριών παραγόντων του Eysenck (1947), ο ανώτερος παράγοντας Νευρωτισμός απαρτίζεται από κατώτερες διαστάσεις: άγχος, κατάθλιψη, αισθήματα ενοχής, χαμηλή αυτοπεποίθηση, ένταση, συστολή, συναισθηματικότητα. Αλλά και ο Allport (1961) διέκρινε τρία είδη χαρακτηριστικών ιεραρχικά οργανωμένα: τα πρωτεύοντα, τα κύρια και τα δευτερεύοντα. Στη θεωρία του, η καθεμιά κατηγορία χαρακτηριστικών αποτελεί προϋπόθεση για την ύπαρξη της ανώτερης ιεραρχικής δομής, δεν έχουν την ίδια δυναμική μεταξύ, ούτε είναι απαραίτητο να εμφανιστούν όλα τα χαρακτηριστικά σε όλους τους ανθρώπους. Ο Allport θεωρεί ότι τα κυρία χαρακτηριστικά είναι αυτά που κάνουν τους ανθρώπους να ξεχωρίζουν, είτε θετικά (ως εξέχουσες προσωπικότητες), είτε αρνητικά (ως προβληματικές-παθολογικές προσωπικότητες).

Στην ανασκόπηση τους, οι Trull & Durrett (2005) ανέπτυξαν μια ολοκληρωμένη επιχειρηματολογία για τον τρόπο που τα διαστατικά μοντέλα θα μπορούσαν να υποστηρίξουν την οργάνωση και ερμηνεία των ΔΠ. Αρχικά, αναφέρονται στην απόπειρα ποσοτικοποίησης των διαστάσεων που θεωρητικά απαρτιώνουν το σύνολο της προσωπικότητας και κατά συνέπεια τη μέτρησή της. Για παράδειγμα, ένας πιθανός τρόπος θα μπορούσε να είναι η «ποσοτικοποίηση» των ΔΠ ώστε να προκύπτει ένα σκορ που θα υποδεικνύει εάν κάποια συμπτώματα για μια διαταραχή είναι ή δεν είναι παρόντα (πχ. ο αριθμός των κριτηρίων για καθεμιά διαταραχή ή μια κλίμακα βαθμού για τον καθορισμό ενός κριτηρίου ως ένδειξη



διαταραχής) (Widiger, 1993). Κατά τους Oldhman & Skodol (2000), ένας άλλος τρόπος ποσοτικοποίησης των ΔΠ, θα μπορούσε να είναι η αξιολόγηση του βαθμού που η συμπεριφορά ενός ατόμου ταιριάζει-ταυτίζεται με μια συγκεκριμένη ΔΠ του DSM-IV-TR. Με αυτόν τον τρόπο, ανάλογα με το πόσα κριτήρια από τη λίστα των ΔΠ θα συγκεντρώνει ένα άτομο, θα προκύπτει και ένας συντελεστής βαρύτητας (π.χ., μικρός αν έχει ένα-δυο κριτήρια, μεγαλύτερος αν συγκεντρώνει πάνω από πέντε) και άρα απόδοσης μιας δυσλειτουργικής συμπεριφοράς που θα συνιστά διαταραχή.

Το μοντέλο των Shedler και Westen (2000), αποτελεί ένα ακόμα παράδειγμα απόπειρας ποσοτικοποίησης της διαστατικής προσέγγισης, υιοθετώντας το «πρωτότυπο ταίριασμα» για την περιγραφή της παθολογίας της προσωπικότητας. Πιο συγκεκριμένα, προτείνεται η χρήση σύντομων περιγραφών ως βάση για την κάθε ΔΠ, όπου ο ειδικός θα μπορεί να αξιολογήσει πόσο η συμπεριφορά του ατόμου ταιριάζει ή δεν ταιριάζει στην πρωτότυπη περιγραφή. Κατά τους συγγραφείς, οι περιγραφές δίνουν τη δυνατότητα για πιο εμπειριστατωμένη και κλινικά ορθή προσέγγιση των ΔΠ όπως περιγράφονται στο DSM-IV-TR (Shedler & Westen, 2004).

Μία δεύτερη προσέγγιση υπήρξε και η προσπάθεια να προσδιοριστούν τα χαρακτηριστικά που υποβόσκουν ή/και λανθάνουν στις ΔΠ, και, με τον τρόπο αυτό, να περιγραφεί η παθολογία της προσωπικότητας. Με το σκεπτικό αυτό, αρκετοί ερευνητές εφάρμοσαν την τεχνική της ανάλυσης παραγόντων (factor analysis) σε βαθμολογίες ατόμων με ΔΠ, προκειμένου να αναδείξουν τις κύριες διαστάσεις που υποβόσκουν σε αυτές τις θεωρητικές κατασκευές (Livesley & Jackson, 2004). Άλλοι πάλι, συλλέγοντας περιγραφές συμπτωμάτων και χαρακτηριστικών συναφή με τις ΔΠ, διενεργώντας την τεχνική της ανάλυσης παραγόντων επιχειρούν να αναδείξουν τις κύριες διαστάσεις που υποβόσκουν σε αυτές τις θεωρητικές κατασκευές (Clark, 1993). Το κυριότερο πλεονέκτημα αυτού του τρόπου είναι, ότι οι

παράγοντες που προκύπτουν, παρουσιάζουν μεγάλη ομοιογένεια και μπορούν να ερμηνεύσουν μεγάλο εύρος των χαρακτηριστικών που λανθάνουν στις ΔΠ (Trull & Durrett, 2005).

Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι το διαστατικό μοντέλο του Livesley (2004). Το μοντέλο αξιοποιεί μια λίστα από χαρακτηριστικά και συμπεριφορές που είναι αντιπροσωπευτικές για καθεμιά διαταραχή. Η σύσταση της καθεμιάς διαταραχής απαρτίζεται από στοιχεία με υψηλή αντιπροσωπευτικότητα και χαμηλή αντιπροσωπευτικότητα. Με αυτόν τον τρόπο το μοντέλο του Livesley, αναδεικνύει 18 διαστάσεις χαρακτηριστικών (Livesley & Larstone, 2004) που σχετίζεται αρκετά με άλλα διαστατικά μοντέλα προσωπικότητας (Jang et al., 1999). Ένα δεύτερο μοντέλο για την παθολογία της προσωπικότητας αναπτύχθηκε από την Clark (1993). Το μοντέλο οργανώνει τα κριτήρια των ΔΠ με κάποιες χαρακτηριστικές εκδηλώσεις συμπεριφοράς από τις διαταραχές του Άξονα Ι σε ομάδες κοινών συμπτωμάτων. Με την τεχνική της ανάλυσης παραγόντων προέκυψαν 12 διαστάσεις δυσπροσαρμοστικής λειτουργικότητας της προσωπικότητας (πχ., παρορμητικότητα, έλλειψη εμπιστοσύνης) που δύνανται να συνιστούν διαταραχή. Το μοντέλο της Clark έχει βρεθεί να έχει υψηλή συνάφεια με άλλα μοντέλα διαστάσεων προσωπικότητας, όπως το διαστατικό μοντέλο των Watson & Tellegen (1985), το Μοντέλο των Πέντε Παραγόντων (Clark & Livesley, 2002) και το μοντέλο του Livesley (Clark et al., 1996). Τέλος, το ψυχοβιολογικό μοντέλο των Siever και Davis (1991), υποστηρίζει μια νευροβιολογική σχέση μεταξύ των ΔΠ και των διαταραχών του Άξονα Ι που παρουσιάζουν συνοσηρότητα. Στο μοντέλο, υποστηρίζεται ότι οι ΔΠ του Άξονα ΙΙ είναι ουσιαστικά προ-στάδια των διαφόρων διαταραχών του Άξονα ΙΙ, άποψη που ωστόσο δεν έχει καταφέρει να αποδοθεί με κάποιο εργαλείο μέτρησης.

Μία τρίτη προσέγγιση, αναφέρεται στους πιθανούς συσχετισμούς μεταξύ των σύγχρονων θεωρητικών μοντέλων προσωπικότητας και τις σχέσεις τους με τις ΔΠ, ανεξάρτητα από ένα

διαγνωστικό ταξινομικό σύστημα, όπως π.χ. το DSM-IV. Αυτό φυσικά προϋποθέτει την υιοθέτηση ενός στιβαρού και ψυχομετρικά αξιόπιστου θεωρητικού μοντέλου προσωπικότητας με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη διαπολιτισμική εγκυρότητα και επιβεβαίωση. Αυτή η προσέγγιση φαίνεται να πλεονεκτεί έναντι άλλων διότι, α) έχει μεγαλύτερη δυνατότητα γενίκευσης και κατανόησης των ΔΠ μέσω των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, β) δίνει τη δυνατότητα ανάδειξης των βασικών χαρακτηριστικών προσωπικότητας μέσω της ανίχνευσης και του προσδιορισμού των αιτιολογικών παραγόντων που ευθύνονται για τις ΔΠ, και γ) αυτά τα μοντέλα θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην αναγνώριση και τον προσδιορισμό της παθολογίας της προσωπικότητας που ίσως δεν περιγράφεται σε επίσημα διαγνωστικά εγχειρίδια (Trull & Durrett, 2005). Τα δυο πιο αντιπροσωπευτικά μοντέλα αυτής της διαστατικής προσέγγισης είναι: α) το ιεραρχικό διαστατικό μοντέλο ΔΠ του Livesley (1986) και β) το μοντέλο των πέντε παραγόντων των McCrae & John (1992) που αποτελούν και τα κύρια θεωρητικά μοντέλα αναφοράς για ένα διαφορετικό τρόπο ταξινόμησης των ΔΠ.

Ωστόσο, μια προσεκτική ανασκόπηση των θεωρητικών μοντέλων προσωπικότητας, αναδεικνύει περισσότερες ομοιότητες από ότι διαφορές. Αυτό υποστηρίζεται από το γεγονός ότι σχεδόν σε όλα τα διαθέσιμα θεωρητικά μοντέλα και τις διαστάσεις τους υπάρχει μια κοινή ιεραρχική δομή (Livesley, 2003· Markon et al., 2005· Trull & Durrett, 2005). Ενδιαφέρον είναι επίσης, ότι δίνονται διαφορετικά ονόματα σε συνδυασμούς διαστάσεων που μπορεί να υπάρχουν ήδη σε άλλα μοντέλα, καθώς όλα επιδιώκουν το ίδιο πράγμα: να αποδώσουν τις δομικές διαστάσεις που συνθέτουν την παθολογική έκφραση της προσωπικότητας. Για παράδειγμα, ο νευρωτισμός-αρνητικό συναίσθημα-συναισθηματική απορρύθμιση, όπως και η εξωστρέφεια-θετικό συναίσθημα είναι δομικοί παράγοντες σε αρκετά μοντέλα προσωπικότητας, και αποδεικνύουν την ύπαρξη μια ιεραρχικής δομής προσωπικότητας με ανώτερες (high-order) και

κατώτερες (second-order) διαστάσεις (Ball et al., 1997· Clark & Livesley, 2002· Larstone et al., 2002· Livesley et al., 1998· Widiger, 1998).

Σε αυτό το πλαίσιο, η ανάδειξη ενός αντιπροσωπευτικού τρόπου οργάνωσης των διαστάσεων και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και κατ' επέκταση και των δυσλειτουργικών εκφάνσεων της, δεν είναι μια απλή και εύκολη υπόθεση (First, 2005). Οι Trull και Durrett (2005) τονίζουν και τους διαχρονικούς περιορισμούς στην επιλογή μιας διαστατικής προσέγγισης ερμηνείας των ΔΠ, όπως π.χ. η προτίμηση των κλινικών και θεραπειών για μια πιο αξιόπιστη και έγκυρη διάγνωση (Widiger & Mullins-Sweatt, 2004), η ανάπτυξη εμπειρικών και ισχυρών κριτηρίων διαχωρισμού (cut-off points) που να συνδυάζουν διαστατικές περιγραφές αξιολόγησης με κατηγορική διάγνωση (Livesley, 2003) και η δυνατότητα γενίκευσης-αντιπροσώπευσης του διαστατικού μοντέλου σε μεγαλύτερο εύρος από αυτό των δέκα υποχρεωτικών ΔΠ που περιγράφονται στο DSM.

Παρ' όλα αυτά, δεν αμφισβητείται το γεγονός ότι η υιοθέτηση ενός μοντέλου διαστάσεων με ιεραρχική οργάνωση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, παρέχει περισσότερη πληροφορία και πρόβλεψη για τις ΔΠ τόσο μακροπρόθεσμα, όσο και βραχυπρόθεσμα (Saulsman & Page, 2004· Trull & Durrett, 2005· Verheul, 2005· Widiger & Costa, 2002· Widiger & Mullins-Sweatt, 2005). Με το σκεπτικό αυτό, στο επόμενο κεφάλαιο θα παρουσιαστούν τα πιο γνωστά μοντέλα διαστάσεων προσωπικότητας και πως τελικά βοήθησαν στην ανάπτυξη ενός διαστατικού μοντέλου διαταραχών προσωπικότητας που υιοθετήθηκε πρόσφατα από το DSM-5 (APA, 2013).

## Κεφάλαιο 3

### Διαστατικά Μοντέλα Ψυχοπαθολογίας της Προσωπικότητας

Από την πρώτη τους αναφορά στο DSM-III μέχρι και το DSM-IV-TR, οι ΔΠ τοποθετήθηκαν σε ένα κατηγορικό σύστημα και παρέμειναν αμετακίνητες ως προς τα διαγνωστικά τους κριτήρια σχεδόν για τρεις δεκαετίες. Ωστόσο, η ολοένα και αυξανόμενη κριτική αυτής της αυθαίρετης κατηγορικής ταξινόμησης (Clark, 2007· Widiger & Mullins-Sweatt, 2010), οδήγησαν στην καταγραφή μιας σειράς από πρακτικά και κλινικά ζητήματα στην εφαρμογή τους. Κυριότερο όλων ήταν αυτό της υψηλής συνοσηρότητας και της ετερογένειας των συμπτωμάτων (Morey et al., 2015· Skodol et al., 2011) που καθιστούσαν τη διάγνωση των ΔΠ ανακριβή, συγχετική και με αμφισβητούμενη αξιοπιστία (Widiger et al., 2009).

Η προσπάθεια ανάδειξης και υιοθέτησης ενός αντιπροσωπευτικού μοντέλου για τις ΔΠ αποτέλεσε τη βασική συζήτηση κατά την αναθεώρηση του DSM-IV-TR με την έμφαση να δίνεται σε διαστατικά μοντέλα οργάνωσης των ΔΠ (Helzer et al., 2006). Η βασική παραδοχή που πρέσβευε αυτή την αντίληψη, είναι ότι τα ψυχοπαθολογικά φαινόμενα, όπως και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας απαρτιώνονται από διαστάσεις που διαφέρουν στο βαθμό και την ένταση τους (Blashfield & McElroy 1995· Kraemer et al., 2004· Oldham & Skodol 2000· Tellegen 1993). Από το πλήθος των προτάσεων και απόψεων που κατατέθηκαν (Skodol et al., 2005· Widiger et al., 2005· Samuel et al., 2012) ακολούθησε μια συνθετική αξιολόγηση πλήθους θεωρητικών μοντέλων και εμπειρικών δεδομένων (κλινικές έρευνες, συλλογή δεδομένων) με επίκεντρο τα μοντέλα διαστάσεων της γενικής προσωπικότητας (Widiger & Simonsen, 2005).

Ύστερα από μια μακρά συζήτηση και δημιουργικών αντιπαραθέσεων στις επιστημονικές ομάδες αναθεώρησης του DSM-5, έγινε γρήγορα αντιληπτό, ότι ο παραδοσιακός κατηγορικός τρόπος οργάνωσης των ΔΠ έπρεπε να εγκαταλειφθεί. Ταυτόχρονα, όμως, να αναζητηθεί ένας νέος (διαστατικός) τρόπος με ιεραρχική δομή οργάνωσης των παθολογικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Το βασικό στοιχείο των μοντέλων που μελετήθηκαν, είναι η ιεραρχική δομή τους, καθώς βασικός σκοπός τους είναι να περιγράψουν τις διαστάσεις των δυσλειτουργικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που λανθάνουν στις ΔΠ. Η τυπική οργάνωση των μοντέλων αυτών τοποθετεί τρεις με πέντε ανώτερους παράγοντες (higher order) της προσωπικότητας που απαρτιώνονται από κατώτερες διαστάσεις (lower facets) χαρακτηριστικών προσωπικότητας (Achenbach, 1966· Kueger, 2002).

### ***3.1. Μοντέλα Ιεραρχικών Διαστάσεων των ΔΠ.***

Οι Widiger και Simonsen (2005) κατά τη διαδικασία αναθεώρησης του DSM-5, για την αναζήτηση ενός διαστατικού τρόπου διεύρυνσης και ομαδοποίησης των χαρακτηριστικών της παθολογικής προσωπικότητας, πραγματοποίησαν μια εκτεταμένη ανασκόπηση μελετώντας και αναλύοντας τα περισσότερα διαθέσιμα θεωρητικά διαστατικά μοντέλα. Η ανασκόπησή τους περιελάμβανε τη συγκριτική μελέτη 18 διαστατικών θεωρητικών μοντέλων. Η προσπάθειά τους να βρουν ένα κοινό τρόπο σύγκρισης και ομαδοποίησης όλων αυτών των μοντέλων κατέληξε στο να προτείνουν έναν ιεραρχικό τρόπο οργάνωσης των ΔΠ κατά το ΜΠΠ. Όπως υποστήριξαν: *«οι ΔΠ μπορούν κάλλιστα να αποτελέσουν τη φυσική συνέχεια της γενικής προσωπικότητας, προσφέροντας ένα σαφές όριο μεταξύ φυσιολογικής και παθολογικής προσωπικότητας. Μάλιστα, μια προσέγγιση που θα ενσωματώνει την ταξινόμηση των ΔΠ με τα διαστατικά μοντέλα της γενικής δομής της προσωπικότητας, θα μπορούσε να είναι η απάντηση στην οργάνωση και την αξιολόγηση τους»* (Widiger & Simonsen, 2005, σελ. 112).

Το ενδιαφέρον όμως της ερευνητικής τους ανασκόπησης, πέρα από τη σύνθεση και την ανάδειξη ενός κοινού τρόπου συναντίληψης των διαφόρων θεωρητικών μοντέλων, είναι η πεποίθηση ότι σχεδόν όλα τα θεωρητικά μοντέλα συγκλίνουν προς μια ιεραρχική δομή της προσωπικότητας, με ανώτερους και κατώτερους παράγοντες. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές μέσα από την ανασκόπησή τους, πρότειναν την ιεραρχική δομή ενός μοντέλου με πέντε ανώτερους παράγοντες (higher order factors): εξωστρέφεια vs. εσωστρέφειας (extraversion versus introversion), ανταγωνισμός vs. συμμόρφωση (antagonism versus compliance), συστολή vs. παρορμητικότητα (constraint versus impulsivity), συναισθηματική αστάθεια vs. συναισθηματική σταθερότητα (emotional dysregulation versus emotional stability) και αντισυμβατικότητα vs. αποφυγή εμπειρίας (unconventionality versus closedness to experience).

Κάθε ένας από τους πέντε ανώτερους παράγοντες απαρτιώνεται από ένα σύνολο κατώτερων διαστάσεων (lower order dimensions) που διαφέρουν αριθμητικά μεταξύ τους, αλλά μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ τους και κατά συνέπεια με τον ανώτερο παράγοντα που υποστηρίζουν. Μια τέτοια οργάνωση δεν αποτελεί έκπληξη, καθώς όλα σχεδόν τα μοντέλα προσπαθούν να κάνουν το ίδιο πράγμα: να διατυπώσουν τις δομικές διαστάσεις γύρω από τα δυσλειτουργικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας πέρα από κατηγορίες και ταξινομήσεις.

Για την καλύτερη οργάνωση και κατανόηση του συνόλου των μοντέλων που αξιολογήθηκαν και συνέβαλαν μετέπειτα στη σύνθεση του εναλλακτικού διαστατικού μοντέλου των ΔΠ του DSM-V, που αποτελεί και τον κορμό της παρούσας εργασίας, η παρουσίαση των θεωρητικών μοντέλων και των διαθέσιμων εργαλείων τους στη συνέχεια, θα ακολουθήσει αυτή των Widiger & Simonsen (2005).

Πιο συγκεκριμένα, τα θεωρητικά μοντέλα που υποστηρίζουν μια ιεραρχική οργάνωση των ΔΠ, διακρίνονται σε τέσσερις βασικές κατηγορίες: α) διαστατική προσέγγιση με βάση τις

υπάρχουσες διαγνωστικές κατηγορίες, β) διαστατική αναδιοργάνωση της συμπτωματολογίας των ΔΠ, γ) ενσωμάτωση της κλινικής συμπτωματολογίας της δυσλειτουργικότητας από όλο το κλινικό φάσμα (Αξονας I και II), δ) ενσωμάτωση θεωρητικών μοντέλων γενικής προσωπικότητας με τις διαγνωστικές κατηγορίες των ΔΠ. Λόγω του εύρους των συγκρινόμενων μοντέλων (18 στο σύνολο), της έκτασης της συζήτησης αλλά κυρίως λόγω της εννοιολογικής συνάφειας μεταξύ τους, στη συνέχεια θα παρουσιαστούν τα τέσσερα πιο αντιπροσωπευτικά θεωρητικά μοντέλα καθώς και τα ψυχομετρικά εργαλεία που έχουν κατασκευαστεί για την τεκμηρίωσή τους.

### ***3.1.1 Διαστατική Προσέγγιση με Βάση τις Υπάρχουσες Διαγνωστικές Κατηγορίες***

Η πρόταση δημιουργίας ενός διαστατικού μοντέλου με βάση τις υπάρχουσες διαγνωστικές κατηγορίες ΔΠ που υπήρχαν στο DSM-IV ήταν και η πρόταση που φιλοδοξούσε να αποτελέσει το νέο μοντέλο ΔΠ στο DSM-5. Κάτι που όμως δεν υιοθετήθηκε τελικά (Oldham & Skodol, 2000· Widiger & Sanderson 1995). Ουσιαστικά η προσέγγιση που προτάθηκε ήταν η διατήρηση των διαγνωστικών κατηγοριών αλλά μέσα από μια διαστατική θεώρηση. Αυτό πρακτικά σήμαινε τη διατήρηση της κατηγορικής τους διάταξης όπως ίσχυε μέχρι και το DSM-IV και παράλληλα την υιοθέτηση ενός διαστατικού συνεχούς μεταξύ χαρακτηριστικών γενικής προσωπικότητας και ΔΠ.

Το μοντέλο πρότεινε οι ΔΠ να παρουσιάζουν διαβαθμίσεις βαρύτητας: «πρωτοτυπική» εφόσον όλα τα διαγνωστικά κριτήρια είναι παρόντα σε μια ΔΠ, «μερικώς εμφανής» εφόσον ένα ή δύο κριτήρια είναι παρόντα, «οριακά εμφανής» εφόσον τα κριτήρια είναι μερικώς παρόντα, «υπό-ουδική» εφόσον τα κριτήρια είναι εμφανή αλλά σε ήπια μορφή, «απούσα» εφόσον κανένα διαγνωστικό κριτήριο δεν εντοπίζεται (Widiger, 2007). Το μοντέλο επικρίθηκε ως δύσχρηστο και δέσμιο των παλαιότερων αντιλήψεων των ΔΠ και δεν υιοθετήθηκε στην αναθεώρηση του



DSM-5 ως υπερβολικά φιλόδοξο και ρηξικέλευθο. Κυρίως όμως λόγω της αδυναμίας του να βοηθήσει τους ειδικούς να δώσουν μια διάγνωση πέρα και πάνω από τις παραδοσιακές κατηγορίες, χωρίς ουσιαστικά να περιορίζει το φαινόμενο της συνοσσηρότητας ή της πολυδιάγνωσης (Bornstein, 1998).

Οι Westen and Shedler (2000) παρουσίασαν μια τροποποιημένη πρόταση του μοντέλου. Συγκεκριμένα πρότειναν μια αφηγηματική περιγραφή των πρωτοτυπικών διαβαθμίσεων των ΔΠ (περίπου μισή σελίδα με 18 έως 20 περιγραφές). Ο κλινικός χρησιμοποιώντας μια διαβαθμιστική κλίμακα 5 σημείων («1=καθόλου δεν ταιριάζει» έως «5=ταιριάζει πολύ») θα μπορεί να καταδείξει κατά πόσο ένα άτομο ταιριάζει με την περιγραφή. Οι ερευνητές υποστήριξαν ότι με αυτόν τον τρόπο αντιμετωπίζεται το πρόβλημα της συνοσσηρότητας μεταξύ των ΔΠ. Με αυτόν τον τρόπο το μοντέλο έδινε έμφαση κυρίως στην αξιολόγηση του επιπέδου της λειτουργικότητας του ατόμου, κάτι που ήδη είχε προταθεί ως δομικό στοιχείο των ΔΠ και παλαιότερα (Livesley et al., 1994· Tyrer, 1995· Westen & Arkowitz-Westen, 1998)

Οι Tyrer και Johnson (1996) στη βάση αυτού του μοντέλου, ανέπτυξαν ένα εργαλείο για την αξιολόγηση της σοβαρότητας των ΔΠ. Υιοθετώντας τις διαγνωστικές κατηγορίες που είχαν οργανωθεί ήδη από το DSM-III, έδωσαν έναν ορισμό για τη «σοβαρότητα της δυσλειτουργίας της προσωπικότητας» ο οποίος περιελάμβανε μια σειρά από χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Τα χαρακτηριστικά αξιολογήθηκαν ως προς την αντιπροσωπευτικότητά τους σε ασθενείς με και χωρίς διάγνωση ΔΠ, όπου στο κατώτερο επίπεδο της παθολογίας της προσωπικότητας τοποθετήθηκε η δυσλειτουργία και στο ανώτερο επίπεδο τοποθετήθηκε η «διάχυτη ΔΠ». Ταυτόχρονα, για κάθε επίπεδο δόθηκε μια σύντομη περιγραφή της. Με τον τρόπο αυτό, και αξιοποιώντας την ταξινόμηση των ΔΠ στο DSM και στο ICD οργανώθηκε ένα

εργαλείο δομημένης συνέντευξης για την αξιολόγηση της σοβαρότητας των δυσλειτουργικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, το Personality Assessment Schedule (PAS; Tyrer, 2000).

Το εργαλείο ημι-δομημένης συνέντευξης που αναπτύχθηκε αξιολογεί την παρουσία 24 κοινών χαρακτηριστικών (π.χ. ανησυχία, εκκεντρικότητα, ψυχρότητα, συστολικότητα, ευαλωτότητα, υποτακτικότητα) στο σύνολο των ΔΠ και η διάρκεια συμπλήρωσης του είναι περίπου 60 λεπτά. Τα 24 χαρακτηριστικά οργανώνονται σε 5 ανώτερους παράγοντες (sociopathy, passive-dependence, anankastic, schizoid, dysthymic) και έχουν συνάφεια με την ταξινομική διάταξη των ΔΠ του ICD. Οι ανωτέρω παράγοντες προέκυψαν από την ανάλυση παραγόντων (factor analysis) δεδομένων ερωτηματολογίων τόσο από ασθενείς με ΔΠ, όσο και από μη κλινικό πληθυσμό. Οι ερωτήσεις αξιολογούν τη φύση, το βαθμό της σοβαρότητας καθώς και το εύρος της κοινωνικής δυσλειτουργικής συμπεριφοράς. Η απαντητική κλίμακα (likert) είναι μια κλίμακα 9 σημείων (0=απουσία χαρακτηριστικού στη συμπεριφορά, έως 8=το χαρακτηριστικό είναι κυρίαρχο στο σύνολο της συμπεριφοράς).

Στην αρχική έκδοσή του, το PAS αν και παρουσίασε υψηλή αξιοπιστία στην αξιολόγηση ασθενών με ΔΠ (οι αξιολογητές πιο συντονισμένα και εύκολα βαθμολογούσαν υψηλά μια παθολογική συμπεριφορά μεταξύ ασθενών), δεν υπήρξε η ίδια υψηλή αξιοπιστία στην αξιολόγηση των μη ασθενών (ασυμφωνίες βαθμολόγησης μεταξύ αξιολογητών). Επιπλέον, η παραγοντική ανάλυση του PAS κατέδειξε και ένα δεύτερο σημαντικό στοιχείο για τη δομή του: ότι η δομή των διαστάσεων και των παραγόντων έχει κοινά στοιχεία μεταξύ ατόμων με ή χωρίς ΔΠ, γεγονός που επιβεβαιώνει τη μεγάλη συζήτηση ότι οι ΔΠ αποτελούν ένα διαρκές πολυπαραγοντικό φαινόμενο μεταξύ φυσιολογικής και παθολογικής συμπεριφοράς (Tyrer & Alexander, 1979).

Μετάπειτα εκδοχές (Rapid Personality Assessment Schedule, [PAS-R], Van Horn et al., 2000· Quick Personality Assessment Schedule, [PAS-Q], Tyrer, 2000) αναπτύχθηκαν στην ίδια βάση της αξιολόγησης της δυσλειτουργίας του ατόμου. Το PAS-R αποτελεί μια σύντομη εκδοχή του PAS και αξιολογεί 8 ΔΠ και τα κύρια χαρακτηριστικά τους κατά το ICD. Κάθε ΔΠ βαθμολογείται με 0 έως 2, όπου 0=απουσία δυσλειτουργίας προσωπικότητας, 1=δυσλειτουργία προσωπικότητας και 2=δυσλειτουργία με ΔΠ. Το PAS-R καταφέρνει να λειτουργήσει σαν ένα εργαλείο ανίχνευσης των ΔΠ, και να μειώσει τον αρχικό χρόνο χορήγησης του PAS σε περίπου 20 λεπτά. Μια άλλη εκδοχή, το PAS-Q, αναπτύχθηκε στη ίδια βάση αξιολόγησης της σοβαρότητας των ΔΠ σε 8 σχετικούς τομείς: καχυποψία, εκκεντρικότητα, ψυχρότητα, παρορμητικότητα, ευαλωτότητα, ανησυχία, αστάθεια, ακαμψία.

Όπως και οι προηγούμενες εκδόσεις του PAS, και το PAS-Q βασίζεται στις κατηγορίες των ΔΠ όπως αυτές ορίζονται στο ICD-10. Η αξιολόγηση περιλαμβάνει ανιχνευτικές ερωτήσεις για καθεμιά ΔΠ, με τις θετικές απαντήσεις να σηματοδοτούν την επιμέρους αξιολόγηση των χαρακτηριστικών. Η απαντητική κλίμακα του PAS-Q έχει τέσσερα επίπεδα αξιολόγησης της σοβαρότητας: 0=χωρίς ΔΠ, 1=δυσκολία προσωπικότητας, 2=απλή ΔΠ, 3=διάχυτη ή σύνθετη ΔΠ. Στην έρευνα τους για την αξιοπιστία του PAS-Q σε κλινικό πληθυσμό, οι Germans et al. (2011) υποστήριξαν ότι πρόκειται για ένα πολυδιάστατο εργαλείο, γεγονός που το καθιστά αξιόπιστο στην ανίχνευση της ετερογένειας μεταξύ των ΔΠ.

Το PAS και οι αντίστοιχες εκδόσεις του, ανήκουν στην ομάδα των εργαλείων που αναπτύχθηκαν στη λογική της διαστατικής προσέγγισης με βάση προγενέστερες διαγνωστικές κατηγορίες (όπως αυτές στο ICD). Τα εργαλεία αυτής της προσέγγισης επιχειρούν να αναπτύξουν διαστάσεις και παράγοντες, υιοθετώντας την κατηγοριοποίηση των ΔΠ των διεθνών εγχειριδίων. Παρόμοια εργαλεία έχουν αναπτυχθεί από τους Oldham και Skodol (2000), τους

Westen και Shedler (2000). Ένα μεγάλο πλεονέκτημα αυτής της προσέγγισης είναι ότι διατηρούν τις υπάρχουσες διαγνωστικές κατηγορίες (π.χ. ναρκισσιστική) και επιχειρούν μια διαστατική περιγραφή τους. Από την άλλη, ένα μειονέκτημα τους παραμένει το γεγονός ότι παραβλέπουν άλλες πιθανόν πιο δομικές διαστάσεις της δυσλειτουργίας της προσωπικότητας που ενδεχομένως λανθάνουν σε όλο το εύρος των ΔΠ αντί συγκεκριμένων κατηγοριών.

### **3.1.2 Διαστατική Αναδιοργάνωση της Συμπτωματολογίας των ΔΠ**

Η πρόταση της διαστατικής αναδιοργάνωσης των ΔΠ με βάση την συμπτωματολογία τους αποτελεί την επιβεβαίωση μιας χρόνιας άποψης για τη σχέση μεταξύ χαρακτηριστικών προσωπικότητας και ΔΠ (Krueger, Livesley, & Verheul, 2005· Widiger & Simonsen, 2005· Widiger & Trull, 2007). Η διαστατική αναδιοργάνωση προσπαθεί να απαντήσει στα χρόνια ζητήματα της κατηγορικής προσέγγισης (Clark 1999· Livesley 1998· Widiger & Frances 1985) και κυρίως αυτό της ετερογένειας των ΔΠ. Σκοπός της αναδιοργάνωσης είναι ο περιορισμός των πολύ-διαγνώσεων για το βαθμό της δυσλειτουργικότητας (διαταραχή) ενός ατόμου. Με αυτό το σκεπτικό, αναπτύχθηκαν πολύ-παραγοντικοί περιγραφικοί δείκτες στον αντίποδα των αυστηρών διαγνωστικών κατηγοριών, δίνοντας βάση στα συμπτώματα, στα ατομικά χαρακτηριστικά, στη συμπεριφορά που χαρακτηρίζουν ξεχωριστά το κάθε άτομο. Έτσι, αντί για πολλές διαγνώσεις με τρεις, τέσσερις και πέντε διαγνώσεις «συνοσηρότητας» καθεμιά με τη δικιά της παθολογία και θεραπεία, προτείνεται η κατασκευή μιας στη βάση των μοναδικών δυσλειτουργικών χαρακτηριστικών του ατόμου (Widiger & Trull, 2007).

Η διαστατική αναδιοργάνωση επιχειρεί να καλύψει όσο το δυνατό μεγαλύτερο εύρος από τις δυσλειτουργικές εκφάνσεις της συμπεριφοράς του ατόμου, χωρίς να δημιουργεί νέες διαγνωστικές κατηγορίες. Επιπλέον, επιχειρεί να αποδώσει τη φύση των ΔΠ με μετρήσιμους δείκτες σε ένα συνεχές με διαβαθμίσεις, «...δίνοντας έτσι την ευχέρεια και την ευελιξία στον

κλινικό ειδικό να αξιολογεί τη σοβαρότητα μιας κατάστασης αντί ενός αυστηρού κριτηρίου μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού, έχοντας μεγαλύτερο εύρος απόδοσης μιας διάγνωσης» (APA, DSM-5, 2013). Τέλος, δημιουργεί μια ιεραρχική δομή χαρακτηριστικών με ανώτερους παράγοντες (higher order) και κατώτερες διαστάσεις (lower order) δίνοντας έτσι ένα μεγαλύτερο εύρος αντιπροσώπευσης των ΔΠ αντί των αυστηρών προκατασκευασμένων κατηγοριών (Widiger & Samuel, 2005).

Με τον τρόπο αυτό, η ταξινόμηση των ΔΠ αποκτά μια ποσοτική προσέγγιση, καθώς τα συμπτώματα που βιώνει το άτομο ή άλλα στοιχεία που χρήζουν διερεύνησης, αξιολογούνται σε μία ή περισσότερες συνεχείς κλίμακες, αντί της μιας και μοναδικής κατηγορίας. Έτσι, η διάγνωση γίνεται μια διαδικασία βάσει της οποίας το ζητούμενο δεν είναι η επιβεβαίωση ενός συμπτώματος ή μιας διαταραχής, αλλά ο βαθμός (σοβαρότητα) και διάρκεια (χρονιότητα) που αυτό το σύμπτωμα είναι παρόν. Η διαστατική προσέγγιση απαντά ουσιαστικά στο ερώτημα: «πόσο πολύ και πόσο διάστημα». Τα χαμηλά σκορ υποδηλώνουν ουσιαστικά χαμηλή δυσλειτουργία σε αντίθεση με τα υψηλά σκορ που δηλώνουν σοβαρή δυσλειτουργία του ατόμου και κατά συνέπεια την απόδοση μιας διαγνωστικής διαταραχής (Krueger et al., 2005). Δύο είναι τα πιο αντιπροσωπευτικά εργαλεία που αναπτύχθηκαν στη λογική της διαστατικής αναδιοργάνωσης με βάση τη συμπτωματολογία των ΔΠ: το Dimensional Assessment of Personality Pathology–Basic Questionnaire ([DAPP]; Livesley 1987) που θα αναπτυχθεί στη συνέχεια.

Οι Livesley et al. (1986) ανέπτυξαν το Dimensional Assessment of Personality Pathology–Basic Questionnaire στην προσπάθεια επίλυσης του προβλήματος της πολυδιάγνωσης των ΔΠ, καθώς λόγω της εμπειρικής κατασκευής τους στο DSM-III, η αξιολόγησή τους ήταν αδύνατη. Για την κατασκευή του ερωτηματολογίου, ο Livesley

μελετώντας την κλινική βιβλιογραφία κατασκεύασε ορισμούς για καθεμιά ΔΠ, αναπτύσσοντας μια λίστα από 57 έως 83 στοιχεία τα οποία και οργάνωσε σε συμπεριφορές και χαρακτηριστικά, αντιπροσωπευτικά για την καθεμιά ΔΠ.

Η μέθοδος κατασκευής του, που θα μπορούσε να πει κανείς ότι είχε χαρακτηριστικά ψυχο-λεξικολογικής προσέγγισης, αρχικά απαριθμούσε σχεδόν 4000 στοιχεία και 79 διαστάσεις. Η περιγραφή της κάθε διάστασης περιελάμβανε ένα σύνολο χαρακτηριστικών και συμπεριφορών σχετιζόμενο με τις ΔΠ (πχ. διάσταση: «αυτό-απόσυρση» χαρακτηριστικά: εσωστρεφής· περιγραφή διάστασης: ενασχόληση με εσωτερικά θέματα, αποστασιοποίηση από τα κοινά και τις επαφές με άλλους ανθρώπους, αίσθημα αποξένωσης από τον εξωτερικό κόσμο) (Livesley, 1987). Με την αναθεώρηση του DSM-III, αναπτύχθηκαν επιπλέον διαστάσεις φτάνοντας τις 100 (Livesley et al., 1989). Η πρώτη έκδοση του DAPP-BQ (Livesley & Jackson, 1986) υιοθετώντας την τεχνική της ανάλυσης παραγόντων (factor analysis) αποτελείται από 290 στοιχεία που αναδεικνύουν 18 διαστάσεις προσωπικότητας που με τη σειρά τους υποστηρίζουν τέσσερις ανώτερους παράγοντες.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει ο τρόπος που περιγράφονται τα παθολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας στο μοντέλο. Πίσω από τις 18 διαστάσεις του μοντέλου, ο Livesley (2007) κατάφερε να ενσωματώσει 30 βασικά παθολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τα οποία κατά 86,1% αντιστοιχούν στα διαγνωστικά κριτήρια των 10 Δ.Π. του DSM-III. Με αυτόν τον τρόπο, τα 30 βασικά παθολογικά χαρακτηριστικά οργανώνονται σε ένα διαστατικό μοντέλο με 18 κατώτερες διαστάσεις (συναισθηματική αστάθεια, αγχώδη στοιχεία, γνωσιακή στρέβλωση, προβλήματα ταυτότητας, ανασφαλής πρόσδεση, αντιφατικότητα, αυτό-τραυματισμός, κοινωνική αποφυγή, υποτακτικότητα, καχυποψία, ναρκισσισμός, ψυχρότητα, αναζήτηση ενδιαφέροντος, απόρριψη, δυσκολίες προσαρμογής, περιορισμένο συναίσθημα,

ψυχαναγκαστικότητα, δυσκολία οικειότητας) που αποτελούνται από επιμέρους στοιχεία που μετρούν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.

Επιπλέον στο μοντέλο υπάρχουν και τέσσερις παράγοντες, ιεραρχικά ανώτεροι των 18 διαστάσεων: συναισθηματική απορρύθμιση-ΣΑ (emotional dysregulation-ED), αντικοινωνική συμπεριφορά- ΑΣ (dissocial behavior-DB), συστολή-ΣΥ (inhibition-IH) και ψυχαναγκαστικότητα-ΨΥ (compulsivity-CO). Αυτοί οι παράγοντες περιγράφουν τις κλινικές διαγνώσεις συγκεκριμένων ΔΠ (οριακή, σχιζοειδή, αποφευκτική, αντικοινωνική, ψυχαναγκαστική) καθώς και τέσσερις από τους πέντε παράγοντες του ΜΠΠ (νευρωτισμό, εσωστρέφεια, προσήνεια και ευσυνειδησία). Ο τρόπος απόκρισης στο ερωτηματολόγιο είναι μια πενταβάθμια likert-type κλίμακα από 1 «διαφωνώ απόλυτα» σε 5 «συμφωνώ απόλυτα» και περιλαμβάνει μια κλίμακα κοινωνικής επιθυμητότητας ως κλίμακα αξιοπιστίας (Livesley & Jackson, 2009).

Για τη διάγνωση μιας Δ.Π. με βάση το μοντέλο του, ο Livesley πρότεινε μια ολιστική αναθεώρηση του τρόπου αντίληψης των Δ.Π. με στοιχεία που περιλαμβάνουν: α) ανίχνευση και επιβεβαίωση της δυσλειτουργικότητας της προσωπικότητας και β) περιγραφή της δυσλειτουργίας με βάση τα κύρια χαρακτηριστικά όπως αυτά ορίζονται στο μοντέλο DAPP (Livesley, 2005· Krueger et al., 2008). Ωστόσο με το σκεπτικό ότι το DAPP δεν έχει δομηθεί στη βάση των κριτηρίων του DSM, αλλά παρουσιάζει χαρακτηριστικά που έχουν συνάφεια με τα κριτήρια των Δ.Π., απαιτήθηκε η αντίστοιχη ερευνητική τεκμηρίωση των ανώτερων παραγόντων και κατώτερων διαστάσεων με άλλα εργαλεία Δ.Π. του DSM. Οι Pukrop et al. (2001) διερεύνησαν την παραγοντική δομή του DAPP σε κλινικό και γενικό πληθυσμό, και σε σύγκριση με το εργαλείο δομημένης κλινικής συνέντευξης ΔΠ του DSM-IV (Structured Clinical Interview for Personality Disorders [SCID-II], 1990). Συγκεκριμένα, συγκρίνοντας διαγνώσεις

ΔΠ με τους πέντε παράγοντες του DAPP, βρέθηκαν υψηλές και σημαντικές συσχετίσεις, π.χ. ο παράγοντας της συναισθηματικής απορρύθμισης-ΣΑ (emotional dysregulation-ED) είχε την υψηλότερη συσχέτιση με την καταθλιπτική, αποφευκτική, εξαρτητική και οριακή ΔΠ ( $r = .61-.47$ ) καθώς και μέτρια με την παρανοειδή και σχιζότυπη ( $r = .40$ ) διαταραχή προσωπικότητας. Τα αποτελέσματά τους, επιβεβαίωσαν την παραγοντική δομή του DAPP για τη δομή των ανώτερων και κατώτερων παραγόντων και τη σχέση τους με τις

Γενικά το DAPP παρουσιάζει μια ευρεία ερευνητική και εμπειρική τεκμηρίωση τόσο αναφορικά με τη σχέση του με τα λοιπά μοντέλα φυσιολογικής και παθολογικής προσωπικότητας, όσο και με τη αξιοπιστία του σε έρευνες κλινικού και γενικού πληθυσμού (Bagge & Trull, 2003· Pukrop et al., 2001). Διατηρείται ωστόσο ένας κριτικός σκεπτικισμός αναφορικά με την ικανότητα του να δημιουργήσει μια εναλλακτική ταξινόμηση για τις ΔΠ. Ο κυριότερος αντίλογος αφορά την ιεραρχική δομή του και κυρίως τον τρόπο που οι διαστάσεις του προκύπτουν από τη συμπτωματολογία των συμπεριφορών των ΔΠ. Συγκεκριμένα, η τεχνική της κατασκευής του, που είναι κυρίως κατηγοριοποίηση της συμπτωματολογίας σε κατασκευασμένες διαστάσεις, δημιουργεί ένα ευρύ πεδίο εμπειρικής ασάφειας.

Για παράδειγμα, οι διαστάσεις της «κοινωνικής αποφυγής» (social avoidance) και της «ενδοτικότητας» (submissiveness) τοποθετήθηκαν στον παράγοντα «Συναισθηματική Απορρύθμιση» (Emotional Dysregulation) αντί για τον παράγοντα «Συστολικότητα» (Inhibitedness). Αντίστοιχα η διάσταση «εναντιωματικότητα» (Oppositionality) τοποθετήθηκε στον παράγοντα «Συναισθηματική Απορρύθμιση» ενώ εννοιολογικά είναι συναφής του παράγοντα «Αντικοινωνικής Συμπεριφοράς» (Dissocial Behavior). Αν και είναι πιθανό αυτές οι θεωρητικές ονοματοδοσίες των παραγόντων να εξυπηρετούν τη δομή του DAPP, ωστόσο δε σημαίνει ότι εννοιολογικά αποδίδουν το σύνολο των διαστάσεων που υποστηρίζουν. Αυτές οι



θεωρητικές και εννοιολογικές ασυνέχειες αποτελούν μια πρόκληση για την θεωρητική αξιοπιστία των κλιμάκων του DAPP (Kushner et al., 2011).

Το μοντέλο του Livesley ανήκει στην κατηγορία των προσεγγίσεων που επιχειρούν μια διαστατική αναδιοργάνωση των ΔΠ με βάση την κλινική συμπτωματολογία τους. Άλλα παρόμοια μοντέλα και αντίστοιχα εργαλεία έχουν αναπτυχθεί από την Clark (Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality [SNAP], 1993), τους Harkness and McNulty (The Personality Psychopathology Five [PSY-5], 1994) και τους Shedler and Westen (Shedler-Westen Assessment Procedure [SWAP-200], 2004).

### ***3.1.3 Μοντέλα Κοινών Κλινικών Φασμάτων Δυσλειτουργίας***

Μια τρίτη προσπάθεια ανάπτυξης ενός διαστατικού τρόπου αντίληψης των ΔΠ, επιχειρήθηκε με τη διατύπωση κλινικών φασμάτων (spectra) δυσλειτουργίας που είναι διάχυτα όχι μόνο στην προσωπικότητα (Άξονας II) αλλά και σε άλλες διαγνωστικές κατηγορίες, όπως συναισθηματικές, αγχώδεις, διαταραχές ουσιών (Άξονας I). Η κεντρική ιδέα πίσω από αυτήν την πρόταση έχει τη βάση στη διάχυτη άποψη ότι συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές (όπως και οι ΔΠ) μπορεί να γίνουν καλύτερα κατανοητές ως εκφάνσεις γενικότερων ψυχοπαθολογικών διαστάσεων (Krueger, 2002· Siever & Davis, 1991).

Οι Siever and Davis (1991), ανέπτυξαν ένα μοντέλο στη βάση αυτής της προσέγγισης, γνωστό ως μοντέλο των κλινικών διαστάσεων δυσλειτουργίας της προσωπικότητας. Το μοντέλο τους υιοθετώντας εκτεταμένες έρευνες γύρω από την ύπαρξη γενετικών και βιολογικών υποστρωμάτων της προσωπικότητας (Goldsmith, 1982· Kagan et al., 1988· Siever et al., 1990), υποστήριξε μια ψυχοβιολογική αντίληψη για τις ΔΠ. Η σύνθεση του μοντέλου έγκειται στην παλαιότερη άποψη ότι οι βιολογικοί παράγοντες είναι βασικοί προδιαθεσικοί δείκτες για την παθογένεια των διαταραχών του Άξονα I και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες ως προδιαθεσικοί

παράγοντες για την παθογένεια των διαταραχών του Άξονα II (Siever et al., 1985). Για τους ερευνητές, οι διαταραχές στους δυο άξονες της ψυχοπαθολογίας αποτελούν εκδηλώσεις της αλληλεπίδρασης περιβαλλοντικών παραγόντων και γενετικής προδιάθεσης. Η σχέση μεταξύ διαταραχών βασιζόμενη κυρίως σε μελέτες διδύμων, υποστηρίζει μια συνέχεια της ψυχοπαθολογίας που ενυπάρχει ανεξάρτητα των δυο αξόνων. Για παράδειγμα, στις ψυχωτικές διαταραχές μια γενετική ευαλωτότητα εκδηλώνεται μέσα από μια γνωσιακή απορρύθμιση που εκφράζεται μέσα από διαρκές χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (π.χ. εκκεντρικότητα, ιδιαίτερος λόγος) δηλωτικό της προδιάθεσης ή μέσα από δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές (π.χ. κοινωνική απομόνωση) ως προοίμιο της έναρξης ψυχωτικών συμπτωμάτων (Siever et al., 1985).

Το μοντέλο παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην ερμηνεία της νοσολογικής διάκρισης μεταξύ των διαταραχών μεταξύ των δυο αξόνων, καθώς υποστηρίζει ότι η παθοφυσιολογία των κλινικών διαταραχών δεν υπόκειται σε μια τέτοια διάκριση. Αντίθετα, τα κοινά και διαρκή χαρακτηριστικά που παρατηρούνται μεταξύ των διαταραχών έχουν ένα κοινό βιολογικό και γενετικό υπόβαθρο ανεξάρτητα της κατηγοριοποίησης τους σε έναν άξονα. Αυτή η άποψη της κοινής παθοφυσιολογίας των διαταραχών αποτελεί τη βάση του διαστατικού ή φασματικού τρόπου αντίληψης της ψυχοπαθολογίας στο μοντέλο των Siever and Davis.

Τη βάση για την παθολογία των ενήλικων διαταραχών την ανάγουν στις πρώτες βρεφικές και νηπιακές σχέσεις με τους γονείς και ιδιαίτερα με τη μητέρα και την διαθεσιμότητά της για άμεση απόκριση στις ανάγκες του νηπίου. Αυτές οι πρωτογενείς σχέσεις θέτουν τη βάση για τη μετέπειτα ενήλικη προσωπικότητα, όπου το άτομο διαφοροποιείται και δομεί ώριμες διαπροσωπικές σχέσεις (Stern, 1985). Ωστόσο, σύμφωνα με τους ερευνητές, «οι ατομικές ψυχοβιολογικές διαφορές στην ένταση και τη ρύθμιση συγκεκριμένων συναισθημάτων, όπως

ανησυχία/συστολικότητα, παρορμητικότητα/επιθετικότητα, συναισθηματική αστάθεια και γνωσιακή-αντιληπτική απορρύθμιση, μπορεί να επηρεάσουν τον τρόπο που το παιδί αντιλαμβάνεται τον κόσμο γύρω του» (Siever and Davis, 1991, σελ. 1654). Οι τέσσερις αυτές διαστάσεις του μοντέλου τους, αποτελούν τη βάση για την εκδήλωση των ΔΠ του Άξονα II που τις θεωρούν πρώιμες εκδηλώσεις των χρόνιων διαταραχών του Άξονα I. Για παράδειγμα, όπως υποστηρίζουν, η οριακή ΔΠ μπορεί να κατανοηθεί ως ένας συνδυασμός συναισθηματικής αστάθειας και παρορμητικής/επιθετικής συμπεριφοράς.

Το μοντέλο των Siever and Davis παρουσιάζει ενδιαφέρουσες θεωρητικές προσεγγίσεις για την ερμηνεία των ΔΠ. Αρχικά, οργανώνει έναν ιεραρχικό τρόπο για τη διαστατική κατανόηση των ΔΠ αντί της κατηγορικής προσέγγισης, υιοθετώντας συγκεκριμένους παράγοντες για την εμφάνιση της ψυχοπαθολογίας, όπως οικογενειακό ιστορικό, βιολογικές συσχετίσεις, απόκριση στη θεραπεία και κλινική πρόγνωση, καθώς και τη σχέση αυτών των παραγόντων με τις διαταραχές του Άξονα I. Κατά δεύτερο, οι τέσσερις παράγοντες που περιγράφονται, ο καθένας καλύπτει ένα ευρύ φάσμα από διαταραχές και των δύο αξόνων και σχετίζονται με μια σειρά ερευνητικές βιολογικές υποθέσεις.

Για παράδειγμα, η γνωσιακή-αντιληπτική απορρύθμιση εκτείνεται σχεδόν σε όλο το φάσμα της σχιζοφρένειας, καθώς και με ηπιότερες εκδηλώσεις στη σχιζοειδή ΔΠ. Η παρορμητικότητα/επιθετικότητα παρατηρείται σε όλο το εύρος των παρορμητικών ΔΠ καθώς και στις παρορμητικές διαταραχές του Άξονα I και σχετίζεται με γενετικές εκπτώσεις στη σεροτονινεργική δραστηριότητα (Kernberg, 1975· Olweus, 1979). Η συναισθηματική αστάθεια καθώς και η ανησυχία/συστολικότητα, είναι δύο διαστάσεις των ΔΠ που σχετίζονται ιδιαίτερα με τις αντίστοιχες αγχώδεις διαταραχές του Άξονα I. Και οι δυο διαστάσεις, όπως υποστηρίζει

το μοντέλο, σχετίζονται με μια σειρά από δυσλειτουργίες στις βιολογικές λειτουργίες συγκεκριμένων νευροφυσιολογικών συστημάτων (Siever and Davis, 1991).

Στο σύνολο του, το μοντέλο των Siever & Davis, είναι το μοναδικό μοντέλο που έθεσε τη βάση της συζήτησης για ένα διαστατικό τρόπο αντίληψης των ΔΠ σε συνδυασμό με το φάσμα των διαταραχών του Άξονα I, αξιοποιώντας την διαγνωστική και εννοιολογική τους σχέση (Trull & Durrett, 2005). Ωστόσο, ένα σοβαρό μειονέκτημα του συγκεκριμένου μοντέλου, είναι ότι πέρα από την ελλιπή και εκτεταμένη βιολογική υποστήριξη των υποθέσεων, δεν υπήρξε κάποια τεκμηρίωση της επάρκειας της σχέσης των διαστάσεων με τη νευροβιολογία και κατά συνέπεια με την ανάπτυξη ενός ψυχομετρικού εργαλείου μέτρησης.

### ***3.1.4 Μοντέλα Ενσωμάτωσης Γενικής Προσωπικότητας με τις Διαγνωστικές Κατηγορίες των ΔΠ***

Μια ακόμα, τέταρτη προσέγγιση, αντιλαμβάνεται τις ΔΠ, όχι ως συνέχεια των λοιπών διαταραχών του Άξονα I, αλλά περισσότερο σαν συνέχεια με τη γενική προσωπικότητα. Παρόλη την ασάφεια στο διαχωρισμό μεταξύ φυσιολογικής και παθολογικής λειτουργικότητας της προσωπικότητας, η βιβλιογραφία αναφέρει την ύπαρξη ΔΠ μέσα στο γενικό πληθυσμό (Livesley, 2003· Widiger & Sanderson, 1995). Αν και βιβλιογραφικά αναφέρονται αρκετά διαστατικά μοντέλα προσωπικότητας (Wiggins, 2003), λίγα έχουν βρεθεί να σχετίζονται με τις ΔΠ κατά το DSM-IV. Ενδεικτικά αναφέρονται το μοντέλο του Cloninger (2000), των Costa and McCrae (1990) και του Eysenck (1987).

Από τα πιο αντιπροσωπευτικά διαστατικά μοντέλα αυτής της προσέγγισης είναι το μοντέλο των πέντε διαστάσεων των Costa και McCrae (1990). Το βασικό επιχείρημα του θεωρητικού μοντέλου είναι αφενός ότι οι ΔΠ εξ' ορισμού έχουν άμεση σχέση με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Αφετέρου, η κατηγοριοποίηση τους στο DSM-III δεν

ακολουθεί κάποιο από τα γνωστά μοντέλα προσωπικότητας, ούτε βασίζεται σε κάποιες από τις παραδοσιακές θεωρίες της προσωπικότητας (Costa & McCrae, 1990).

Αν και προηγούμενες προσπάθειες επιχειρήσαν να συνδέσουν εμπειρικά τις ΔΠ με κάποιο διαγνωστικό εργαλείο, έχει προταθεί η άποψη ότι οι ΔΠ μπορούν να περιγραφούν μόνο μέσα από μια ευρεία ταξινόμηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, από ένα πιο διευρυμένο θεωρητικό μοντέλο όπως αυτό των πέντε παραγόντων (Digman, 1990· Wiggins & Pincus, 1989). Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται, «η έρευνα στο μοντέλο των πέντε παραγόντων, μας έχει δώσει ένα αρκετά χρήσιμο σετ από πέντε ευρείς διαστάσεις που χαρακτηρίζουν τις ατομικές διαφορές. Αυτές οι διαστάσεις μπορούν να μετρηθούν με υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, και μάλιστα, αν συνδυαστούν μπορούν να δώσουν μια πειστική απάντηση για τη δομή της προσωπικότητας» (Digman, 1990, σελ. 436).

Το μοντέλο των πέντε παραγόντων οργανώνεται σε πέντε διαστάσεις: Εξωστρέφεια, Προσήγεια, Νευρωτισμό, Δεκτικότητα στην Εμπειρία και Ευσυνειδησία. Κάθε ένας από τους πέντε παράγοντες σχετίζεται και με μια συναισθηματική προδιάθεση, όπως για παράδειγμα ο Νευρωτισμός με το ψυχολογικό στρες μέσω του άγχους, του θυμού, της κατάθλιψης και άλλων αρνητικών συναισθημάτων. Η Εξωστρέφεια σχετίζεται με την προδιάθεση της κοινωνικότητας και της ζωντάνιας. Η Δεκτικότητα στην εμπειρία με την ευαισθησία, την περιέργεια της διανόησης και την ανάγκη για ποικιλία στις καθημερινές δραστηριότητες. Η Προσήγεια σχετίζεται με την προδιάθεση της εμπιστοσύνης, του αλτρουϊσμού και της συμπάθειας, ενώ η Ευσυνειδησία σχετίζεται με μια οργανωμένη στάση ζωής για την επίτευξη στόχων αλλά και με την πιστή τήρηση των προσωπικών αξιών (Costa and McCrae, 1990).

Οι Wiggins and Pincus (1989), στη μεγάλη τους έρευνα για τη σχέση των διαστάσεων του ΜΠΠ με άλλα μοντέλα και εργαλεία ΔΠ, όπως το MMPI (Morey et al., 1985), υποστήριξαν

ότι οι ΔΠ όχι μόνο μπορούν να περιγραφούν μέσα στο θεωρητικό πλαίσιο των πέντε παραγόντων, αλλά και να ερμηνεύσουν ένα μεγάλο κομμάτι της κοινής διακύμανσης των ΔΠ. Για παράδειγμα, η οριακή και η αποφευκτική ΔΠ βρέθηκαν να σχετίζονται με τον Νευρωτισμό, η ιστριονική και η ναρκισσιστική με την υψηλή Εξωστρέφεια, η σχιζοειδής και η αποφευκτική με τη χαμηλή Εξωστρέφεια, η εξαρτητική με υψηλή Προσήνεια, ενώ η αντικοινωνική, παρανοειδής και ναρκισσιστική με χαμηλή Προσήνεια.

Για το ΜΠΠ, οι Donahue and Kentle (1991) ανέπτυξαν το Big Five Inventory (BFI, 1991), ένα εργαλείο για μέτρηση και αξιολόγηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας σύμφωνα με το ΜΠΠ. Περιλαμβάνει 44 προτάσεις αυτό-αναφοράς με τον αξιολογούμενο να καλείται να απαντήσει σε μια πενταβάθμια likert κλίμακα («1=διαφωνώ απόλυτα» έως «5=συμφωνώ απόλυτα»). Οι προτάσεις αυτό-αναφοράς προέκυψαν από την περιγραφική κατασκευή των επιθέτων που κατά το στάδιο της κατασκευής και ανάλυσης θεωρήθηκαν ως πυρηνικά επίθετα (core adjectives) της διάστασης που αναφέρονται. Για παράδειγμα για το επίθετο «σταθερός» της διάστασης του Νευρωτισμού, αναπτύχθηκε η πρόταση « βλέπω τον εαυτό μου ως κάποιον, συναισθηματικά σταθερό, που δεν αναστατώνεται εύκολα». Οι κλίμακες του ερωτηματολογίου απαρτιώνονται από 8 έως 10 στοιχεία και αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων τους είναι πάνω από .80 σε δείγματα πληθυσμών Αμερικής και Καναδά (John et al., 2008).

Η κατασκευαστική εγκυρότητα των 44 στοιχείων του ερωτηματολογίου έχει επιβεβαιωθεί σε μεγάλα δείγματα πληθυσμών παρουσιάζοντας ανεξαρτησία μεταξύ των πέντε ανώτερων παραγόντων (<.20) (Benet-Martínez & John 1998), γεγονός που το καθιστά ένα εργαλείο αξιολόγησης της προσωπικότητας σε διαπολιτισμικά περιβάλλοντα. Μάλιστα οι κλίμακες του παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική αποκλίνουσα και συγκλίνουσα εγκυρότητα

με άλλες κλίμακες του ΜΠΠ (Soto & John, 2009). Αργότερα, επιπλέον εκδόσεις και παραλλαγές του αρχικού BFI αναπτύχθηκαν, όπως το 60 στοιχείων BFI-2 (Soto & John, 2016), το BFI-K με 20 στοιχεία και το BFI-10 με δέκα στοιχεία. Η οικογένεια των BFI έχει μέχρι σήμερα μεταφραστεί και σταθμιστεί σε πολλές γλώσσες όπως ισπανικά (Benet-Martínez & John 1998) σε ιταλικά (Fossati et al., 2015), γαλλικά (Plaisant et al., 2010), ολλανδικά (Denissen et al., 2008) και σε άλλες (ενδ., Schmitt et al., 2007).

Οι Costa και McCrae (1990) σε μετέπειτα έρευνα τους επιβεβαίωσαν παλαιότερα ευρήματα (Wiggins and Pincus, 1989) σε ευρύτερους πληθυσμούς και με επιπλέον εργαλεία μέτρησης ΔΠ, όπως την κλίμακα του Millon (Millon Clinical Multiaxial Inventory ([MCM], Millon, 1983, 1987). Συνδυαστικά, αξιολογώντας ένα ακόμα εργαλείο του ΜΠΠ, το NEO-PI, με το MMPI όσο και με το MCM, οι ερευνητές κατέληξαν ότι οι πέντε διαστάσεις καταφέρνουν επαρκώς να ερμηνεύσουν τις υπάρχουσες ΔΠ του DSM. Πιο σημαντικό όμως, ότι οι πέντε διαστάσεις μπορούν να ερμηνεύσουν και τη διακύμανση μεταξύ των ΔΠ ως απάντηση στο ερώτημα ότι, η σχέση γενικής και παθολογικής προσωπικότητας δεν είναι προϊόν μιας, αλλά πέντε βασικών διαστάσεων που δομούν την προσωπικότητα. Τα άτομα με ΔΠ, παρουσιάζουν κοινά στοιχεία μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, χωρίς ωστόσο να είναι ξεκάθαρο τί είναι αυτό που κάνει αυτά τα χαρακτηριστικά να καταλήγουν να γίνονται παθολογικά.

Στο ίδιο πλαίσιο, οι Trull και Durrett (2005) στην ανασκόπησή τους, υποστήριξαν ότι η σχέση μεταξύ ΔΠ και μοντέλου των πέντε παραγόντων (ΜΠΠ), ουσιαστικά αποδεικνύει ότι το εύρος των διαστάσεων μεταξύ φυσιολογικής και παθολογικής προσωπικότητας, κατά κύριο λόγο, αλληλοκαλύπτεται. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι ΔΠ μπορούν να μελετηθούν θεωρητικά κατά τον ίδιο τρόπο με το ΜΠΠ, γεγονός που υποστηρίζεται τόσο από μελέτες στην κλινική

πράξη (Samuel & Widiger 2004, 2006· Sprock 2002, 2003) όσο και από εμπειρικά δεδομένα (O'Connor 2005· Saulsman & Page, 2004).

Μετέπειτα μελέτες υποστήριξαν ότι οι διαστάσεις του ΜΠΠ όπως και η δομή του, έχουν υψηλή συσχέτιση με τις ΔΠ σε πληθυσμούς εφήβων (De Clercq & De Fruyt 2003· Lynam et al., 2005), αλλά και με άλλες επιμέρους παθολογικές διαστάσεις, όπως η ψυχοπαθητικότητα (Lynam et al., 2005) και η εξαρτητικότητα (Bornstein & Cecero, 2000). Η ιεραρχική δομή (ανώτεροι παράγοντες και διαστάσεις) που υιοθετεί το ΜΠΠ, βοηθά τους κλινικούς να αναγνωρίζουν καλύτερα τις διαφορές μεταξύ ατόμων με ΔΠ (Sprock 2002), ενώ αρκετοί ερευνητές εκτιμούν ότι η δομή του ΜΠΠ είναι πιο αξιόπιστη στη διερεύνηση, περιγραφή και κατανόηση επιμέρους ατομικών περιπτώσεων των ΔΠ του DSM (Samuel & Widiger 2006).

Με αυτό το σκεπτικό, η ιεραρχική δομή του ΜΠΠ, έδωσε ένα σαφές προβάδισμα και ένα επιστημονικά τεκμηριωμένο επιχείρημα στη διερεύνηση ενός διαστατικού τρόπου αντίληψης της ψυχοπαθολογίας της προσωπικότητας. Τη δυναμική των διαστάσεων αλλά και της ιεραρχικής δομής του ΜΠΠ και τη σχέση του με τις ΔΠ μελέτησαν οι Lynam & Widiger (2001) στην πρωτότυπη έρευνά τους για τη συνάφεια των ΔΠ με τις διαστάσεις του ΜΠΠ (Revised NEO Personality Inventory, [NEO PI-R]; Costa & McCrae 1992). Τα αποτελέσματά τους επιβεβαίωσαν ότι το ΜΠΠ μπορεί να αναπαράγει τις συσχετίσεις μεταξύ των ΔΠ και πολύ περισσότερο να βοηθήσει στον επιμέρους διαστατικό τρόπο κατανόησής τους.

Σε άλλη έρευνα, οι Miller et al. (2004) επεσήμαναν την υψηλή συσχέτιση μεταξύ διαστάσεων ΜΠΠ και διαγνωστικών αξιολογήσεων ΔΠ από κλινικούς με τη χρήση δομημένων κλινικών συνεντεύξεων (Structured Interview for DSM-IV Personality, [SIDP-IV]· Pfohl et al., 1995). Στο σύνολό τους, οι έρευνες αυτές ανέδειξαν ουσιαστικά και τη δυνατότητα ανάπτυξης και εφαρμογής ενός εργαλείου κατά το πρότυπο του ΜΠΠ και για την αξιολόγηση των ΔΠ.



Ωστόσο, ερευνητικοί περιορισμοί της εφαρμογής του ΜΠΠ στη δυνατότητα του να καλύψει επαρκώς το εύρος των ΔΠ έχουν καταγραφεί, με την Clark (2007) να υποστηρίζει ότι: «το ΜΠΠ προσφέρει πολύτιμη βοήθεια στην αξιολόγηση των ΔΠ, αλλά η βαθύτερη κατανόηση τους βρίσκεται ακριβώς εκεί μέσα στις ίδιες τις διαστάσεις τους και στη δυναμική σχέση μεταξύ των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους» (σελ. 232). Αυτή ακριβώς η έλλειψη εμπειρικών δεδομένων γύρω από τις ΔΠ και του ΜΠΠ αποτέλεσε το σημαντικότερο κριτήριο για τις συζητήσεις της αναθεωρητικής ομάδας εργασίας των ΔΠ του DSM-5 κατά τα έτη 2004-2012. Η ομάδα εργασίας εκπόνησε μια εκτεταμένη μελέτη γύρω τα υπάρχοντα θεωρητικά μοντέλα και διαθέσιμα εργαλεία, τόσο της φυσιολογικής όσο και της παθολογικής προσωπικότητας. Στο συμπερασματικό κείμενο της μελέτης της, πρότεινε την υιοθέτηση ενός μοντέλου που υιοθετεί την ιεραρχική οργάνωση του ΜΠΠ και παράλληλα επιχειρεί να παρέχει τη μέγιστη πληροφορία για την κατανόηση και αξιολόγηση των δυσλειτουργικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας.

Με δεδομένη πλέον την έκδοση του DSM-5 και του διαστατικού τρόπου αντίληψης και περιγραφής των ΔΠ στη βάση του θεωρητικού μοντέλου των Πέντε Παραγόντων, το επόμενο κεφάλαιο θα περιγράψει την ανάπτυξη και υιοθέτηση του εναλλακτικού διαστατικού μοντέλου ΔΠ (Alternative Model of Personality Disorders [AMPD], DSM-5, APA, 2013).

### **3.2. Το Εναλλακτικό Διαστατικό Μοντέλο των ΔΠ (Alternative Model of Personality Disorders [AMPD]) του DSM-5**

Με αφορμή την αναθεώρηση του DSM-5, και προσπαθώντας να ανταποκριθεί στη συσσωρευμένη κριτική του παραδοσιακού κατηγορικού μοντέλου των ΔΠ, η Ομάδα Εργασίας της Προσωπικότητας και ΔΠ (Personality and Personality Disorders [P&PD] Work Group) του DSM-5 δουλεύοντας εντατικά, ανέπτυξε ένα εναλλακτικό-υβριδικό σύστημα για τη διάγνωση

των ΔΠ, πριν την έκδοση του DSM-5. Το εναλλακτικό-υβριδικό μοντέλο (στη συνέχεια θα αναφέρεται ως Εναλλακτικό Μοντέλο ΔΠ-[EMΔΠ]), αν και δεν ενσωματώθηκε επίσημα στην έκδοση του DSM-5 και δεν αντικατέστησε το κατηγορικό μοντέλο που προϋπήρχε από το DSM-IV-TR (APA, 2000), τοποθετήθηκε στο Παράρτημα II του DSM-5 «Αναδυόμενα Μοντέλα και Εργαλεία» για περαιτέρω έρευνα και μελέτη. Τα δυο μοντέλα (κατηγορικό και διαστατικό) ΔΠ διατηρήθηκαν στο DSM-5, αφενός μεν για την ομαλή κλινική συνέχεια και ταυτόχρονα για να δοθεί ο απαιτούμενος χώρος-χρόνος για περαιτέρω και εκτεταμένες έρευνες αξιοπιστίας και εγκυρότητας γύρω από τις αλλαγές που επέφερε το EMΔΠ στο DSM-5.

Το EMΔΠ οργανώθηκε πάνω σε σημαντικές τροποποιήσεις γύρω από την αντίληψη της παθολογίας της προσωπικότητας, υιοθετώντας μια ευρεία βιβλιογραφική ανασκόπηση των μοντέλων για τις ΔΠ (Skodol, 2012). Η προσωπικότητα στο EMΔΠ γίνεται αντιληπτή ως μια «διαστατική συνέχεια» (dimensional continuity), που απαρτιώνεται από τη μια μεριά από τις φυσιολογικές διακυμάνσεις της και από την άλλη τις παθολογικές εκδηλώσεις της. Το κύριο και νέο χαρακτηριστικό του EMΔΠ, είναι ότι αντιλαμβάνεται τις ΔΠ ως διακυμάνσεις των δυσπροσαρμοστικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που παρουσιάζουν διαφορές στο συνεχές ως προς τη σοβαρότητά τους. Με αυτόν τον τρόπο, οι ΔΠ τοποθετούνται βάσει κριτηρίων σε ένα «υβριδικό» μοντέλο με σκοπό την όσο το δυνατό μεγαλύτερη διαγνωστική σαφήνιά τους, αντί των παλαιότερων κατηγορικών κριτηρίων. Ωστόσο, καθεμιά κατηγορική διάγνωση ΔΠ που διατηρείται από το DSM-IV, στο EMΔΠ πλέον αξιολογείται στη βάση δυο κριτηρίων αναφορικά με το βαθμό τη δυσλειτουργικότητά της (Anderson et al., 2013· Krueger & Hobbs, 2020· Widiger & McCabe 2020· Zimmermann et al., 2020).

Το πρώτο κριτήριο (Κριτήριο Α) αξιολογεί την έκπτωση της λειτουργικότητας της προσωπικότητας (Level of Personality Functioning [LPF]; APA, 2013) σε δυο επίπεδα: α) σε

σχέση με τον εαυτό (ταυτότητα και αυτό-επίγνωση) και β) σε σχέση με τις διαπροσωπικές σχέσεις (ενσυναίσθηση και εγγύτητα). Σύμφωνα με το εγχειρίδιο (APA, 2013, σελ. 762) η έννοια του εαυτού διαχωρίζεται στην ταυτότητα (το πως το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως μοναδικό με σαφή διακριτά όρια από τους άλλους, το επίπεδο της αυτό-εκτίμησης που διατηρεί, την ικανότητα ρύθμισης αλλά και βίωσης ποικιλίας συναισθημάτων) και στην αυτό-επίγνωση (αντίληψη και ικανότητα για επιδίωξη προσωπικών και μακροπρόθεσμων στόχων, ανάπτυξη και διαχείριση εσωτερικών παραγωγικών τρόπων συμπεριφοράς, καθώς και ικανότητα παραγωγικού αυτό-στοχασμού).

Το δεύτερο επίπεδο λειτουργικότητας, οι διαπροσωπικές σχέσεις, διαχωρίζονται στην εναισθησία (ο βαθμός της κατανόησης και της εκτίμησης που δείχνει το άτομο για τις εμπειρίες και τα κίνητρα των άλλων, αλλά και η δεκτικότητά του στις διαφορετικές απόψεις και η επίγνωση των επιπτώσεων της δικής του συμπεριφοράς στους άλλους) και την εγγύτητα (ο βαθμός και η διάρκεια της σύνδεσης που επιδεικνύει το άτομο με τους ανθρώπους, η επιθυμία και η ικανότητά του για στενές σχέσεις καθώς και η αμοιβαία εκτίμηση στις διαπροσωπικές συμπεριφορές του). Ο συνδυασμός μεταξύ προσωπικής ταυτότητας και διαπροσωπικών σχέσεων, σύμφωνα με την APA (2013) αποτελεί προδρομικό δείκτη της λειτουργικότητας της προσωπικότητας, που απαιτείται για τη διάγνωση, και δύναται να βοηθήσει τους κλινικούς σε μια πιο αποτελεσματική και ακριβή αναγνώριση της ΔΠ (Πίνακας 4).

#### **Πίνακας 4**

Κριτήριο Α του ΕΜΔΠ

---

#### **Κριτήριο Α: Level of Personality Functioning- LFPS**

---

Απουσία	0: Καμιά έκπτωση λειτουργικότητας
Διαταραχής	1: Μερική έκπτωση λειτουργικότητας
Παρουσία	2: Αρκετή έκπτωση λειτουργικότητας
Διαταραχής	3: Σοβαρή έκπτωση λειτουργικότητας
	4: Πολύ σοβαρή έκπτωση λειτουργικότητας

---

Πηγή: APA, 2013

Το σκεπτικό πίσω από την LPF ανάγεται στην ψυχοδυναμική θεωρία, σύμφωνα με την οποία οι ΔΠ θεωρούνται ως το αποτέλεσμα εσωτερικών συγκρούσεων μεταξύ των προσωπικών αναπαραστάσεων και των σχέσεων με τους ανθρώπους γύρω μας (Kernberg, 2012). Η αξιολόγηση της λειτουργικότητας της προσωπικότητας πραγματοποιείται στη βάση της άποψης ότι, μια στρεβλή και εντελώς υποκειμενική άποψη του ατόμου για τον εαυτό του, είναι ουσιαστικά ένα διαρκές μοτίβο συμπεριφοράς για το πως σκέφτεται και συμπεριφέρεται στην καθημερινότητά του (Widiger & McCabe, 2020). Όπως αναφέρεται για το κριτήριο A, «τα ελλείματα στη συμπεριφορά είναι πιθανόν να είναι αποτέλεσμα του τρόπου ανάπτυξης, ατομικής ιδιοσυγκρασίας και περιβαλλοντικών επιδράσεων με τρόπο που τελικά επηρεάζουν το πως το άτομο βλέπει τον εαυτό του και τους άλλους» (Bender et al., 2011, σελ. 333). Για την αξιολόγηση της LPF, έχει αναπτυχθεί η Κλίμακα Λειτουργικότητας της Προσωπικότητας (Level of Personality Functioning Scale [LPFS]; Morey, 2017). Η κλίμακα αξιολογεί πέντε επίπεδα ατομικής και διαπροσωπικής λειτουργικότητας: μικρή ή καμιά έκπτωση λειτουργικότητας (επίπεδο 0), μερική έκπτωση (επίπεδο 1), αρκετή έκπτωση (επίπεδο 2), σοβαρή έκπτωση (επίπεδο 3), πολύ σοβαρή έκπτωση (επίπεδο 4). Με τον τρόπο αυτό, η αξιολόγηση της παθολογίας της προσωπικότητας σε συνδυασμό με ένα διαστατικό σύστημα χαρακτηριστικών προσωπικότητας μπορεί να δώσει πιο ολοκληρωμένη εικόνα των επιμέρους αλλαγών της προσωπικότητας, καθώς η μέτρησή της πραγματοποιείται σε ένα διαχρονικό συνεχές (Skodol et al., 2011).

Το δεύτερο κριτήριο (Κριτήριο B) αντιλαμβάνεται τις ΔΠ μέσα από συγκεκριμένους σχηματισμούς των δυσπροσαρμοστικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Ακολουθεί το σκεπτικό του ΜΠΠ και του διαστατικού του χαρακτήρα, όπου η δομή της προσωπικότητας περιλαμβάνει 5 γενικούς παράγοντες: Εξωστρέφεια, Προσήνεια, Νευρωτισμό, Δεκτικότητα στην

Εμπειρία και Ευσυνειδησία (Widiger & Crego, 2019). Κατά τον ίδιο ιεραρχικό τρόπο, στο ΕΜΔΠ, 25 παθολογικά της προσωπικότητας οργανώνονται κάτω από 5 μεγάλους παράγοντες (Πίνακας 5), οι οποίοι «αποτελούν τις δυσπροσαρμοστικές εκφάνσεις των πέντε παραγόντων του γνωστού μοντέλου της προσωπικότητας, το ΜΠΠ» (DSM-5; APA, 2013, σελ. 773). Το ΕΜΔΠ θα αναπτυχθεί περαιτέρω στη συνέχεια λόγω της ιδιαίτερης θέσης που έχει στο DSM-5 αλλά και στη συγγραφή της παρούσας διατριβής. Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι, αρκετά από τα ελλείματα που αξιολογούνται στο κριτήριο Α έχουν κοινά στοιχεία με τα χαρακτηριστικά που αξιολογούνται στο κριτήριο Β. Αυτό κατά μια άποψη θέτει το ερώτημα κατά πόσο διακριτή ή αναγκαία είναι η ταυτόχρονη χρήση και των δυο κριτηρίων στο ΕΜΔΠ (Widiger et al., 2019). Ωστόσο, σύμφωνα με τους Widiger & McCabe (2020) η συνύπαρξη και των δυο κριτηρίων στο ΕΜΔΠ συνιστά απαραίτητο στοιχείο της διασταστικότητας του χαρακτήρα του μοντέλου, καθώς το καθένα με τον τρόπο του αξιολογεί τις δυσλειτουργικές εκφάνσεις του ΜΠΠ, και κατά συνέπεια συνεισφέρουν στην αξιολόγηση των ΔΠ.

### **Πίνακας 5**

Το Εναλλακτικό Μοντέλο Διαταραχών Προσωπικότητας του DSM-5

Τομείς	Διαστάσεις
Αρνητικό Συναίσθημα	Ανησυχία Συναισθηματική Σταθερότητα Εχθρότητα Εμμονικότητα Περιορισμένο Συναίσθημα Ανασφάλεια Αποχωρισμού Ενδοτικότητα
Αποστασιοποίηση	Ανηδονία Καταθλιπτικότητα Αποφυγή Οκειότητας Καχυποψία Απόσυρση
Ανταγωνισμός	Αναζήτηση Προσοχής Ψυχρότητα

	Δολιότητα Μεγαλομανία Χειριστικότητα
Άρση Αναστολών	Διασπαστικότητα Παρορμητικότητα Ανευθυνότητα Άκαμπτη Τελειομανία Ριψοκινδυνότητα
Ψυχωτισμός	Εκκεντρικότητα Γνωσιακή και Αντιληπτική Απορρύθμιση Ασυνήθιστες Εμπειρίες και Πεποιθήσεις

Πηγή: APA, 2013; Kueger & Markon, 2014

Εκτός από τα βασικά κριτήρια Α και Β, υπάρχουν και δευτερεύοντα κριτήρια αξιολόγησης στο ΕΜΠΔ. Πιο συγκεκριμένα, τα Κριτήρια Γ και Δ αξιολογούν την ευελιξία και προσαρμοστικότητα των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας καθώς και μια διαχρονική εξέλιξη της έκπτωσης της λειτουργικότητας της προσωπικότητας από την εφηβική ηλικία μέχρι την ενηλικίωση. Και, τέλος, τα κριτήρια Ε, Στ και Ζ, αξιολογούν την έκπτωση της λειτουργικότητας σε σχέση με άλλες ψυχικές διαταραχές, διαταραχές από χρήση ουσιών καθώς και ιατρικές νόσους και σύνδρομα που δεν σχετίζονται με την ανάπτυξη ή το πολιτισμικό πλαίσιο και την κουλτούρα της κοινωνίας που ζει το άτομο. Ωστόσο, σύμφωνα με το ΕΜΔΠ, η διάγνωση για μια ΔΠ στο άτομο, απαιτεί την αξιολόγηση μόνο των δυο πρώτων κριτηρίων (Α και Β): αξιολόγηση της έκπτωσης της λειτουργικότητας και την αξιολόγηση των παθολογικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας.

Η σχέση του ΕΜΔΠ με το ΜΠΠ υπήρξε το βασικό αντικείμενο μελέτης και έρευνας κατά την έκδοση του DSM-5 σε μια προσπάθεια να υπάρξει μια όσο το δυνατόν πιο αντιπροσωπευτική και ευρέως αποδεκτή θεωρητική υποστήριξη. Το ΜΠΠ ήδη μετράει μια

εκτενή βιβλιογραφία αναφοράς για τη σχέση του με τις ΔΠ του DSM-IV-TR (Clark, 2007· Livesley, 2001· Samuel & Widiger, 2008· Widiger et al., 2017· Widiger & Trull, 2007). Αρκετές είναι πλέον και οι έρευνες που υποστηρίζουν τη σχέση μεταξύ ΕΜΔΠ και ΜΠΠ (ενδ. Crego et al., 2015· Griffin & Samuel 2014· DeFruyt et al., 2013· Thomas et al., 2013). Το ΕΜΔΠ κατά την έκδοση του DSM-5 ήταν σε πλήρη εναρμόνιση με το ΜΠΠ, και όπως σημείωναν οι Krueger και Markon (2014) «οι παράγοντες του ΕΜΔΠ μπορούν να κατανοηθούν ως οι δυσπροσαρμοστικές εκφάνσεις του ΜΠΠ που έχει εκτενώς πλαισιώσει την έρευνα στο πεδίο της προσωπικότητας και των ατομικών διαφορών» (σελ. 480).

Στο ΕΜΔΠ κάθε ένας από τους πέντε παράγοντες (domains) «Αρνητικό Συναίσθημα, Αποστασιοποίηση, Ανταγωνισμός, Άρση Αναστολών, Ψυχωτισμός» απαρτίζεται από τρεις έως επτά κατώτερες παθολογικές διαστάσεις (facets). Το Αρνητικό Συναίσθημα χαρακτηρίζεται από τη συχνότητα των λεγόμενων αρνητικών συναισθημάτων, όπως της ενοχής, ντροπής, ανησυχίας, του θυμού. Η Αποστασιοποίηση αναφέρεται στα συναισθήματα της αποφευκτικότητας των συναισθηματικών και διαπροσωπικών σχέσεων, καθώς και γενικότερα την απόσυρση και τη μειωμένη ευχαρίστηση από κάθε είδους κοινωνική συναναστροφή ή επαφή. Ο Ανταγωνισμός σχετίζεται με ένα ψυχρό, εγωκεντρικό και χειριστικό τρόπο του ατόμου με τους άλλους με απώτερο σκοπό την προσωπική προβολή και την ανάδειξη. Η Άρση Αναστολών χαρακτηρίζεται από τα προβλήματα που προκύπτουν από την παρόρμηση του ατόμου ως συμπεριφορά για άμεση ικανοποίηση και ευχαρίστηση του χωρίς σκέψεις ή ενδιασμούς για την κοινωνική συμπεριφορά του και τις επιπτώσεις στους άλλους. Τέλος, ο Ψυχωτισμός, αναφέρεται στον περίεργο, εκκεντρικό ή ασυνήθιστο τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς που μπορεί να περιλαμβάνει και έκπτωση στην ποιότητα της σκέψης και των πεποιθήσεων (π.χ. ιδιόρρυθμες πεποιθήσεις, φτωχή αντίληψη πραγματικότητας).

Οι 5 προαναφερόμενοι παράγοντες προήλθαν από τη σύνθεση ισχυρών και διαχρονικών διαστατικών μοντέλων για την παθολογία της προσωπικότητας (ενδ., Harkness & McNulty, 1994· Krueger et al., 2011· Samuel & Widiger, 2008). Για παράδειγμα, ο παράγοντας Αρνητικό Συναίσθημα παρουσιάζει συσχέτιση με τον παράγοντα Αρνητικό Συναίσθημα/Νευρωτισμός του PSY-5, καθώς και με τον παράγοντα του Νευρωτισμού του ΜΠΠ. Σύμφωνα με τους Krueger et al. (2012), το ΕΜΔΠ σχεδιάστηκε ακριβώς με αυτό το σκεπτικό, δηλαδή την αντανάκλαση των ακραίων τιμών των διαστάσεων της γενικής προσωπικότητας και κατά συνέπεια την εμπειρική σχέση μεταξύ παθολογικών και γενικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας.

Οι διαστάσεις (facets) του ΕΜΔΠ αντιπροσωπεύουν τα πιο σταθερά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που παρατηρούνται σε όλο το εύρος της δυσλειτουργίας της προσωπικότητας και κατά συνέπεια των ΔΠ. Προέκυψαν από μια εμπειρική ανάλυση των υπάρχοντων μοντέλων γενικής και παθολογικής προσωπικότητας στη βάση της οποίας υπήρξε η ανάγκη για την αποτύπωση των δομικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας περισσότερο, παρά για την καταγραφή γενικών προβληματικών συμπεριφορών, όπως ίσχυε μέχρι προηγουμένως σε προηγούμενες εκδόσεις του DSM (Krueger et al., 2012).

Ωστόσο, από το κατηγορικό μοντέλο ΔΠ του DSM-IV-TR διατηρήθηκαν έξι κατηγορικές διαγνώσεις ΔΠ: αντικοινωνική, αποφευκτική, οριακή, ναρκισσιστική, ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική και σχιζότυπη. Καθεμιά από τις 6 ΔΠ στο ΕΜΔΠ, περιλαμβάνει μια περιγραφή της έκπτωσης της λειτουργικότητας της προσωπικότητας και συμπληρώνεται από μια λίστα παθολογικών χαρακτηριστικών που θεωρούνται αντιπροσωπευτικά της καθεμιάς (Πίνακας 6). Επιπλέον, περιλαμβάνεται και η «ΔΠ προσδιοριζόμενη με χαρακτηριστικά» που αντικαθιστά την παλαιότερη προβληματική διαγνωστική κατηγορία της «ΔΠ μη προσδιοριζόμενης αλλιώς». Σκοπός της ανάδειξης των 6



κατηγορικών διαγνώσεων αντί των 10 (που προϋπήρχαν μέχρι και το DSM-IV-TR), ήταν να καταδειχθεί ο τρόπος που μπορεί να γίνουν αντιληπτές οι ΔΠ με το νέο μοντέλο, δηλαδή μέσα από συγκεκριμένους συνδυασμούς του επιπέδου λειτουργικότητας της προσωπικότητας και με συγκεκριμένα παθολογικά χαρακτηριστικά, σε αντίθεση με το κατηγορικό σύστημα συμπτωμάτων (Krueger & Hobbs, 2020).

### **Πίνακας 6**

Σχέση των 6 Διαταραχών Προσωπικότητας με το ΕΜΔΠ

Διαταραχή Προσωπικότητας	Διαστάσεις ΕΜΔΠ που σχετίζονται
Αντικοινωνική	Χειριστικότητα, Ψυχρότητα, Δολιότητα, Εχθρότητα, Ριψοκινδυνότητα, Παρορμητικότητα, Ανευθυνότητα
Αποφευκτική	Ανησυχία, Απόσυρση, Ανηδονία, Αποφυγή Οικειότητας
Οριακή	Ανησυχία, Συναισθηματική Αστάθεια, Άγχος Αποχωρισμού, Καταθλιπτικότητα, Παρορμητικότητα, Ριψοκινδυνότητα, Εχθρότητα
Ναρκισσιστική	Μεγαλομανία, Αναζήτηση Προσοχής
Ψυχαναγκαστική-Καταναγκαστική	Ακαμπτη Τελειομανία, Εμμονικότητα, Αποφυγή Οικειότητας, Περιορισμένο Συναίσθημα
Σχιζότυπη	Αντιληπτική Απορρύθμιση, Εκκεντρικότητα, Περιορισμένο Συναίσθημα, Απόσυρση, Καχυποψία, Ασυνήθιστες Εμπειρίες και Πεποιθήσεις

*Σημείωση:* ΕΜΔΠ: Εναλλακτικό Μοντέλο Διαταραχών Προσωπικότητας

*Πηγή:* Stone & Segal (2021)

Τα παθολογικά χαρακτηριστικά του ΕΜΔΠ σε συνδυασμό με την εκτίμηση της λειτουργικότητας της προσωπικότητας έχουν μέχρι σήμερα ερευνηθεί εκτενώς στην προσπάθεια τους να αποδείξουν ότι μπορούν να συνεισφέρουν έναν ευέλικτο και περιγραφικό τρόπο αξιολόγησης της παθολογίας της προσωπικότητας που προάγει την επικοινωνία μεταξύ των ειδικών (Morey et al., 2015· Krueger & Makron, 2014· Waugh et al., 2017).

Προηγούμενες έρευνες έχουν τεκμηριώσει σε σημαντικό βαθμό και τη χρησιμότητα των 25 παθολογικών χαρακτηριστικών ως σημαντικούς δείκτες διαχωρισμού της σοβαρότητας της παθολογίας της γενικής προσωπικότητας και συγκεκριμένων εκπτώσεων της λειτουργικότητας της (Morey et al., 2015). Για παράδειγμα, οι Horwood et al. (2012) διαπίστωσαν συσχετίσεις μεταξύ της αντικοινωνικής ΔΠ και του κριτηρίου Β του ΕΜΔΠ που κυμαίνονταν από .40 (Επιθετικότητα) έως .56 (Παρορμητικότητα). Αντίστοιχα, για την οριακή ΔΠ, από .18 (Ριψοκινδυνότητα) έως .61 (Καταθλιπτικότητα), και για τη σχιζότυπη ΔΠ, από .31 (Περιορισμένο Συναίσθημα) έως .64 (Ανεξήγητες πεποιθήσεις και εμπειρίες). Τα αποτελέσματά τους ανέδειξαν ουσιαστικά ότι, οι συγκεκριμένες ΔΠ μπορούν να περιγράφονται επαρκώς από τα αντίστοιχα παθολογικά χαρακτηριστικά και κατά συνέπεια υποστηρίζουν την εφαρμογή του ΕΜΔΠ στην αξιολόγησή τους.

Στο ίδιο πλαίσιο, οι Morey et al. (2016) επιχείρησαν να επιβεβαιώσουν τα αποτελέσματα των Horwood et al., σε 337 ειδικούς ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν επίσης μέτριες έως και υψηλές συσχετίσεις με το κριτήριο Β. Ενδεικτικά αναφέρουμε: για την αντικοινωνική ΔΠ από .49 (Επιθετικότητα) έως .73 (Ανευθυνότητα). Για την οριακή ΔΠ, από .20 (Ανησυχία) έως .72 (Συναισθηματική Αστάθεια). Τέλος, για την σχιζότυπη ΔΠ, από .37 (Περιορισμένο Συναίσθημα) έως .67 (Ανεξήγητες πεποιθήσεις και εμπειρίες). Οι ερευνητές με τα αποτελέσματά τους επιβεβαίωσαν τη σχέση μεταξύ ΔΠ και του τρόπου διατύπωσής τους στο ΕΜΠΔ του DSM-5.

Τα αποτελέσματα για τη σχέση των ΔΠ με το ΕΜΔΠ, από τη μια αναδεικνύουν τη δυναμική του ως αντιπροσωπευτικό μοντέλο της παθολογίας της προσωπικότητας, από την άλλη δίνουν το έναυσμα για περαιτέρω μελέτη και έρευνα και των υπολοίπων ΔΠ. Μάλιστα, αυτή η νέα προσέγγιση ανοίγει τη συζήτηση για τη σχέση των δυσπροσαρμοστικών εκδηλώσεων της

προσωπικότητας με άλλες ψυχικές διαταραχές (ενδ., Krueger & Eaton, 2010). Από τις πιο πρόσφατες τέτοιες προτάσεις, οι Krueger και Eaton (2014) υποστήριξαν ότι το ΕΜΔΠ μπορεί να συνεισφέρει στην ανάπτυξη ενός ποσοτικού και εμπειρικού μοντέλου αντίληψης της ψυχοπαθολογίας και κατά συνέπεια σε ένα συνδυαστικό διαγνωστικό σύστημα αιτιολόγησης, πρόγνωσης και θεραπείας του συνόλου των ψυχικών διαταραχών.

Ωστόσο, παρόλη την καινοτομία του και τις φιλότιμες προθέσεις των υποστηρικτών του, το ΕΜΔΠ δεν κατάφερε να υιοθετηθεί επίσημα από τη διοίκηση του DSM-5 και να αλλάξει τον προηγούμενο κατηγορικό τρόπο αντίληψης των ΔΠ. Αντ' αυτού τοποθετήθηκε σε ένα πλαίσιο περαιτέρω έρευνας και τεκμηρίωσης της αξιοπιστίας του (Παράρτημα III «Αναδυόμενα Μοντέλα και Εργαλεία Μέτρησης», DSM-5; APA, 2013), με τη σύσταση για μελλοντικές έρευνες που θα ενισχύσουν την εγκυρότητα και κυρίως την κλινική εφαρμοσιμότητά του. Η κριτική που ασκήθηκε ήταν κυρίως για την απότομη αλλαγή που θα έφερνε στην πρακτική εφαρμογή του μεταξύ των ειδικών και τη δυσκολία που ενδεχομένως θα επέφερε στην κλινική πράξη (Morey et al., 2015· Garcia et al., 2018). Κυρίως όμως, για την εμπειρική τεκμηρίωσή του ως ένα πραγματικά εναλλακτικό μοντέλο διαστατικής αντίληψης της παθολογίας της προσωπικότητας (Zimmerman et al., 2015). Εξάλλου, αυτός ήταν και ο κύριος αντίλογος της διοικητικής ομάδας τους DSM-5, αναφορικά με την πλήρη υιοθέτηση του ΕΜΔΠ: «το ΕΜΔΠ αν και αποτελεί μια πραγματική καινοτομία στην κατανόηση των ΔΠ, χρειάζεται περαιτέρω εμπειρική και ερευνητική τεκμηρίωση προκειμένου να αποτελέσει ένα πολύτιμο εργαλείο για την προώθηση της κλινικής αξιολόγησης στα χέρια των ειδικών» (DSM-5; APA, 2013, σελ. 315).

Παρόλα αυτά, στα χρόνια που μεσολάβησαν από την έκδοση του DSM-5 (APA, 2013) μέχρι σήμερα, περισσότερες από 250 μελέτες έχουν αναφερθεί (google scholar) στο ΕΜΔΠ με

την πλειοψηφία αυτών (85%) να ερευνούν το κριτήριο Β. Το γεγονός αυτό ενισχύεται κατά κύριο λόγο και από το γεγονός ότι το κριτήριο Β αξιολογείται λειτουργικά μέσω του Personality Inventory for DSM-5 (PID-5), το πρώτο ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε ειδικά για το ΕΜΔΠ του DSM-5. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ο τρόπος κατασκευής του PID-5 θα αναπτυχθούν στο επόμενο κεφάλαιο, καθώς αποτελεί και το πιο διαδεδομένο εργαλείο μέτρησης του ΕΜΔΠ μέχρι σήμερα.

### ***3.2.1 Η Λειτουργική Αξιολόγηση του ΕΜΔΠ: Το Διαγνωστικό Ερωτηματολόγιο***

#### ***Προσωπικότητας του DSM-5 (Personality Inventory for DSM-5)***

Η πιο σημαντική συνεισφορά της αναθεώρησης του DSM-5, πέρα από τη διαμόρφωση του ΕΜΔΠ, υπήρξε η ανάπτυξη ενός εργαλείου μέτρησης των παθολογικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, που πραγματοποιήθηκε με το Personality Inventory for DSM-5 (PID-5; Krueger et al., 2011). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο σχεδιασμένο να αξιολογεί τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας με βάση τις 25 διαστάσεις και τους 5 παράγοντες του ΕΜΔΠ. Το PID-5 είναι ένα ερωτηματολόγιο εναρμονισμένο με το θεωρητικό πλαίσιο κατασκευής του, το ΜΠΠ (Thomas et al., 2013· Anderson et al., 2013), και φιλοδοξεί να απαντήσει στην απαίτηση της διοικητικής ομάδας του DSM-5 για ανάπτυξη και διενέργεια περαιτέρω ερευνών της εγκυρότητας του ΕΜΔΠ με ένα αντίστοιχο εργαλείο μέτρησης. Ήδη από τον πρώτο χρόνο της κατασκευής του, μελετήθηκε η εμπειρική σχέση του PID-5 με τις ΔΠ του DSM-IV και διαπιστώθηκαν σημαντικές συσχετίσεις με το αντίστοιχο ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς, Personality Diagnostic Questionnaire-4+ ([PDQ-4+]; Hyler, 1994), επιβεβαιώνοντας ουσιαστικά τη συνέχεια μεταξύ των δυο μοντέλων (κατηγορικό και διαστατικό) του DSM-5 (Hopwood et al., 2012).

Το PID-5 είναι ένα ιεραρχικά δομημένο ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς, στο οποίο 25 κατώτερες διαστάσεις αναδεικνύουν 5 ανώτερους παράγοντες. Κατασκευάστηκε με το σκεπτικό να υποστηρίξει ψυχομετρικά το ΕΜΔΠ και να αποτελέσει το εργαλείο για περαιτέρω μελέτη των ΔΠ σε όλο το φάσμα της κλινικής έρευνας και πράξης. Την ομάδα εργασίας αποτελέσαν οι Krueger R.F., Derringer J., Markon K.E., Watson D., και Skodol A.E., ψυχολόγοι και ψυχίατροι από πανεπιστημιακά ιδρύματα των Η.Π.Α., που ταυτόχρονα ήταν και μέλη της Ομάδας Εργασίας αναθεώρησης των ΔΠ για το DSM-5. Το θεωρητικό πλαίσιο κατασκευής του PID-5 ανάγεται στην εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση γύρω από όλα τα διαθέσιμα θεωρητικά μοντέλα που έχουν καταγραφεί και τα αντίστοιχα εργαλεία που έχουν κατασκευαστεί στη βάση της διαστατικής αντίληψης της προσωπικότητας (ενδ., Trull & Durrett, 2005· Clark, 2007). Η συστηματική δουλειά των Widiger και Simonsen (2005) υπήρξε ουσιαστικά η θεωρητική κατεύθυνση ως προς το διαστατικό μοντέλο υιοθέτησης.

Συγκεκριμένα, στη μελέτη τους, υποστήριξαν ότι πέντε διευρυμένοι διπολικοί παράγοντες (με δυο διαμετρικούς πόλους), εξωστρέφεια αντί εσωστρέφειας (extraversion vs. introversion), ανταγωνισμός αντί συμμόρφωσης (antagonism vs. compliance), εγκράτεια αντί παρορμητικότητας (constraint vs. Impulsivity), αρνητικό συναίσθημα αντί συναισθηματικής σταθερότητας (negative affect vs. emotional stability) και ψυχωτισμός αντί δεκτικότητα στην εμπειρία (psychoticism vs. closedness to experience) μπορούν να οργανώσουν ένα θεωρητικό πλαίσιο για τα 18 διαστατικά μοντέλα προσωπικότητας που αναφέρονται στη βιβλιογραφία.

Με βάση αυτήν την πρόταση, η δουλειά των Krueger et al., επικεντρώθηκε κατά πρώτο, στην κατασκευή αντίστοιχων συγκεκριμένων δυσπροσαρμοστικών διαστάσεων της προσωπικότητας για τις πέντε διαστάσεις (Εσωστρέφεια, Ανταγωνισμός, Παρορμητικότητα, Αρνητικό Συναίσθημα, Ψυχωτισμός), αλλά ταυτόχρονα και στη συσχέτισή τους με τις ΔΠ του

DSM-5. Προηγούμενες μελέτες του ΜΠΠ με τις ΔΠ του DSM-IV, έχουν εμφανίσει υψηλές συσχετίσεις των ΔΠ του DSM-IV με την εσωστρέφεια, τον ανταγωνισμό, την παρορμητικότητα, το αρνητικό συναίσθημα και τον ψυχωτισμό (Samuel & Widiger, 2008). Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι χαρακτηριστικά των ΔΠ τείνουν να συγκεντρώνονται γύρω από αυτούς τους παράγοντες-πόλους που είναι και οι αντιθετικοί πόλοι του μοντέλου των Widiger και Simonsen.

Οι τελικοί ανώτεροι πέντε παράγοντες (higher order domains) που διαμορφώθηκαν από τη συνθετική δουλειά της ερευνητικής ομάδας ήταν: αρνητικό συναίσθημα (negative affect), αποστασιοποίηση (detachment) (αντί της εσωστρέφειας), ανταγωνισμός (antagonism), άρση αναστολών (disinhibition) (αντί της παρορμητικότητας) και ψυχωτισμός (psychoticism). Κατά δεύτερο, η δουλειά των ερευνητών επικεντρώθηκε στην περιγραφή και ανάπτυξη πολλαπλών αλλά συγκεκριμένων διαστάσεων (lower order facets) για κάθε ένα από τους πέντε παράγοντες που ταυτόχρονα να περιγράφουν επαρκώς τα δυσπροσαρμοστικά χαρακτηριστικά των ΔΠ που υπήρχαν στο DSM-IV-TR.

Αναφορικά με τις διαστάσεις, αρχικά περιεγράφηκαν και κατασκευάστηκαν 37 διαστάσεις (συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας) που αξιολογήθηκαν ξεχωριστά από κάθε ένα από τα μέλη της ομάδας εργασίας των ΔΠ. Στη συνέχεια κατασκευάστηκαν 296 στοιχεία (8 για καθεμιά από τις 37 διαστάσεις) για τις διαστάσεις και χορηγήθηκαν σε ένα τυχαίο δείγμα γενικού πληθυσμού ( $N=762$ ). Η μέθοδος κατασκευής ολοκληρώθηκε σε τρεις φάσεις. Κατά την πρώτη φάση, εφαρμόζοντας τη μέθοδο της διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων (exploratory factor analysis-EFA) οι κατασκευαστές κατάφεραν να μετρήσουν αξιόπιστα σχεδόν όλες τις διαστάσεις. Έξι διαστάσεις επανεξετάστηκαν αναφορικά με την επάρκεια των στοιχείων τους και παράλληλα 65 στοιχεία αφαιρέθηκαν λόγω κακής

προσαρμογής τους στον παράγοντα που ανήκαν αλλά και λόγω χαμηλής παραγοντικής φόρτισης στη διάσταση που ανήκαν.

Κατά τη δεύτερη φάση, κατασκευάστηκαν νέα στοιχεία (316 στο σύνολο) και χορηγήθηκαν σε νέο πληθυσμό ( $N=366$ ). Με νέα EFA, οι 37 διαστάσεις μειώθηκαν σε 25, με 220 στοιχεία συνολικά (από 4 έως 14 για την καθεμιά διάσταση). Κατά την τρίτη κατασκευαστική φάση εξετάστηκε η αξιοπιστία των 25 διαστάσεων σε νέο ανεξάρτητο δείγμα γενικού πληθυσμού ( $N=264$ ). Ο δείκτης αξιοπιστίας ( $\alpha$ ) για καθεμιά διάσταση κυμάνθηκε μεταξύ .72 έως .96, ενώ ο δείκτης συσχέτισης ( $r$ ) μεταξύ των διαστάσεων κυμάνθηκε από .30 έως .73. Τέλος, αναφορικά με την εξαγωγή των ανώτερων πέντε παραγόντων, οι κατασκευαστές επέλεξαν και πάλι την EFA αντί της επιβεβαιωτικής ανάλυσης (confirmatory factor analysis-CFA), καθώς η CFA δεν καταφέρνει να αποδώσει επαρκώς τις πολύπλοκες σχέσεις των μεταβλητών στα μοντέλα προσωπικότητας και τείνει να εμφανίζει σημαντικές δευτερογενείς φορτίσεις μεταξύ των παραγόντων (Hopwood & Donnellan, 2010). Ο συντελεστής συνάφειας μεταξύ των πέντε ανώτερων παραγόντων ήταν: Αρνητικό Συναίσθημα .91, Αποστασιοποίηση .96, Ανταγωνισμός .97, Άρση Αναστολών .93 και Ψυχωτισμός .89 (Krueger et al., 2012).

Με τον τρόπο αυτό κατασκευάστηκε ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς 220 στοιχείων, με μια απαντητική κλίμακα τεσσάρων σημείων (likert) όπου 1=πολύ λάθος ή συνήθως λάθος, 2=μερικές φορές ή κάπως λάθος, 3=αρκετές φορές ή κάπως σωστό, 4=πολύ σωστό ή συνήθως σωστό. Μετέπειτα δημιουργήθηκαν επιπλέον εκδοχές του αρχικού ερωτηματολογίου, όπως το ερωτηματολόγιο ετερό-αναφοράς 218 στοιχείων (PID-5-IRF; Markon et al., 2013), η σύντομη εκδοχή των 100 στοιχείων (PID-5-SF; Maples et al., 2015) και η συνοπτική εκδοχή των 25 στοιχείων (PID-5-BF; Krueger et al., 2013). Όλες οι εκδοχές είναι ελεύθερες προς χρήση από την ιστοσελίδα του APA που διατηρεί και τα πνευματικά δικαιώματα

χρήσης τους (<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/educational-resources/assessment-measures>). Το PID-5 είναι μέχρι σήμερα το πιο διαδεδομένο εργαλείο μέτρησης των χαρακτηριστικών του ΕΜΔΠ. Ενδεικτικά, αναφέρονται 146 έρευνες με το PID-5, 12 έρευνες με το PID-5BF, 6 με το PID-5-IRF και 2 με το PID-5-SF.

Από την αρχική έκδοση του PID-5 το 2012, η εκδοχή των 220 στοιχείων έχει αναφερθεί στην πλειοψηφία των ερευνών ως το κύριο εργαλείο μέτρησης του ΕΜΔΠ (Watters & Bagby, 2017). Αρχικές έρευνες (Wright et al., 2012) σε μεγάλους πληθυσμούς (N=2461) υποστήριξαν εμπειρικά την ιεραρχική δομή του PID-5 σε σχέση με το ΕΜΠΔ του DSM-5. Μετέπειτα έρευνες διερεύνησαν τις ψυχομετρικές ιδιότητες του PID-5, όπως για παράδειγμα, τη μονοδιάστατη φύση των διαστάσεων (Gutiérrez et al., 2017· Quilty et al., 2013), την κατασκευαστική εγκυρότητα των 5 ανώτερων παραγόντων του PID-5 με άλλα θεωρητικά μοντέλα ψυχοπαθολογίας (Al-Dajani et al., 2015), την κλινική χρήση και χρησιμότητα του (Clark et al., 2015).

Στην ανασκόπηση τους για τις ψυχομετρικές ιδιότητες του PID-5, οι Al-Dajani et al. (2016) ανέφεραν 25 έρευνες για την εσωτερική εγκυρότητα του εργαλείου. Στην αρχική έκδοση του PID-5, οι τιμές Cronbach  $\alpha$  για τους 5 ανώτερους παράγοντες ήταν: Αρνητικό Συναίσθημα .93, Αποστασιοποίηση .96, Ανταγωνισμός .94, Άρση Αναστολών .84, Ψυχωτισμός .84 (Krueger et al., 2012). Αντίστοιχα, για τις 25 διαστάσεις, οι τιμές Cronbach  $\alpha$  κυμάνθηκαν από .72 (Μεγαλομανία) έως .96 (Εκκεντρικότητα). Σε 10 από τις έρευνες της ανασκόπησης, το PID-5 εμφάνισε εύρος τιμών για το δείκτη Cronbach  $\alpha$  στους 5 ανώτερους παράγοντες, ενδεικτικά, Αποστασιοποίηση .75 – Ψυχωτισμός .87 (Quilty et al., 2013), Άρση Αναστολών .89 – Ψυχωτισμός .96 (Jopp & South, 2015), Αρνητικό Συναίσθημα .94 – Ανταγωνισμός .96 (Fossati et al., 2013). Αντίστοιχα, σε επίπεδο 25 διαστάσεων, οι τιμές Cronbach  $\alpha$ , κυμαίνονται



ενδεικτικά, Καχυποψία .58 – Εκκεντρικότητα .94 (Anderson et al., 2013), Περιορισμένο Συναίσθημα .77 – Εκκεντρικότητα .95 (Watson et al., 2013), Μεγαλομανία .76 – Εκκεντρικότητα .96 (Wright & Simms, 2014).

Για τους ερευνητές οι αναφερόμενες τιμές κυρίως σε επίπεδο 25 διαστάσεων στο σύνολο των ερευνών της ανασκόπησης, υποδεικνύουν ζητήματα εσωτερικής αξιοπιστίας σε επίπεδο διαστάσεων που απαιτούν περισσότερη έρευνα και μελέτη. Επιπλέον, στην ίδια έρευνα ανασκόπησης, μελετήθηκε και η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (test-retest) του PID-5. Όπως αναφέρεται, στην έρευνα των Wright et al., (2015) μέσω του κριτηρίου Cohen *d*, διαπιστώθηκε μικρή αλλαγή ( $d = -.12$ ; Cohen, 1988), για διάστημα μέτρησης ενός έτους σε κλινικό δείγμα. Αντίστοιχα, στην έρευνα των Dhillon & Bagby (2015), η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (διαστήματος 1 εβδομάδας) ήταν: για το Αρνητικό Συναίσθημα .95, για την Αποστασιοποίηση .92, για τον Ανταγωνισμό .94, για την Άρση Αναστολών .92 και για τον Ψυχωτισμό .94. Οι ερευνητές υποστήριζαν ότι περισσότερες έρευνες θα πρέπει να πραγματοποιηθούν σε επίπεδο αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων προκειμένου να ισχυροποιηθεί η δυναμική των διαστάσεων (Al-Dajani et al., 2016).

Μια σειρά από έρευνες γύρω από την εγκυρότητα του PID-5, έχουν επίσης πραγματοποιηθεί σε μια προσπάθεια να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των διαστάσεων του PID-5 και άλλων μοντέλων γενικής προσωπικότητας, κυρίως όμως του ΜΠΠ. Με βάση αυτό το σκεπτικό, η γενική πεποίθηση είναι ότι το Αρνητικό Συναίσθημα σχετίζεται κυρίως με το Νευρωτισμό, η Αποστασιοποίηση σχετίζεται κυρίως και αρνητικά με την Εξωστρέφεια, ο Ανταγωνισμός κυρίως και αρνητικά με την Προσήγεια, η Άρση Αναστολών κυρίως και αρνητικά με την Ευσυνειδησία, ενώ μεταξύ της διάστασης του Ψυχωτισμού και της Δεκτικότητας στην Εμπειρία θα υπάρχει μια σχέση προς γενικότερη διερεύνηση. Οι Quilty et al.

(2013) ερεύνησαν τη συγκλίνουσα και διακριτική εγκυρότητα του PID-5 με το NEO-PI-R σε κλινικό πληθυσμό.

Τα αποτελέσματά τους επιβεβαίωσαν τις αρχικές θεωρητικές υποθέσεις των σχέσεων μεταξύ των 5 παραγόντων του ΕΜΔΠ και του ΜΠΠ. Συγκεκριμένα, η συσχέτιση μεταξύ Αρνητικού Συναισθήματος και Νευρωτισμού ήταν .81, Ανταγωνισμού και Προσήνειας -.60, Αποστασιοποίησης και Εξωστρέφειας -.71, Άρσης Αναστολών και Ευσυνειδησίας -.68, Ψυχωτισμού και Δεκτικότητα στην Εμπειρία .20. Αντίστοιχα, επιμέρους διαστάσεις καθενός από τους 5 παράγοντες του ΕΜΔΠ, παρουσίασαν συσχετίσεις με τους παράγοντες του ΜΠΠ. Για παράδειγμα, η Καταθλιπτικότητα παρουσίασε υψηλή συσχέτιση με την Εξωστρέφεια ( $r = -.71$ ). Αντίστοιχα, οι Gore & Widiger (2013) ερεύνησαν τη συγκλίνουσα εγκυρότητα του PID-5 με το NEO-PI-R, και άλλα εργαλεία προσωπικότητας.

Τα αποτελέσματά τους ανέδειξαν 5 παράγοντες: Νευρωτισμός, Εξωστρέφεια, Ανταγωνισμός, Ευσυνειδησία και Δεκτικότητα στην Εμπειρία, γεγονός που επιβεβαιώνει την κοινή σχέση μεταξύ θεωρητικών μοντέλων γύρω από συναφείς εννοιολογικούς παράγοντες. Οι De Fruyt et al. (2013) επιβεβαίωσαν τη σχέση των πέντε παραγόντων μεταξύ PID-5 και ΜΠΠ (NEO-PI-3), σε δείγμα Ολλανδών και Βέλγων μαθητών, αν και με κάποιες εξαιρέσεις σε επίπεδο διαστάσεων (για παράδειγμα η διάσταση Επιθετικότητα, παρουσίασε υψηλότερη παραγοντική φόρτιση .65, με τον παράγοντα του Ανταγωνισμού και χαμηλότερη με τον παράγοντα Αρνητικό Συναισθημα που κατασκευαστικά ανήκει .39).

Άλλες έρευνες εγκυρότητας του PID-5, περιλαμβάνουν τη σχέση του με το μοντέλο HEXACO (Ashton et al., 2012). Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν τη σχέση αρκετών διαστάσεων του PID-5 με τους παράγοντες Ειλικρίνεια-Ταπεινοφροσύνη, Συναισθηματικότητα, Εξωστρέφεια, Ευσυνειδησία, γεγονός που καταδεικνύει τη διάχυση των διαστάσεων του PID-5

μέσα στο μοντέλο HEXACO. Μια ακόμα έρευνα συγκλίνουσας εγκυρότητας μεταξύ του PID-5 και του Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form (MMPI-2-RF) πραγματοποιήθηκε από τους Anderson et al. (2013). Τα ευρήματα επιβεβαίωσαν συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων του PSY-5 και των αντίστοιχων του PID-5 ( $r_s = .44 - .67$ ), γεγονός που τεκμηριώνει όχι μόνο τη θεωρητική συνάφεια των δυο μοντέλων (πρακτικά και το PID-5 και το MMPI-2 είναι κατασκευασμένα για να αξιολογούν την παθολογία της προσωπικότητας) αλλά και τη συνάφεια τους στην κλινική χρήση.

Από το σύνολο των ερευνών που έχουν μέχρι σήμερα καταγραφεί στη βιβλιογραφία, το PID-5 έχει επιδείξει υψηλή κατασκευαστική ομοιότητα με την ιεραρχική δομή της οργάνωσης των χαρακτηριστικών της γενικής προσωπικότητας μέσω του ΜΠΠ (FFM; McCrae & Costa, 2003), αλλά και με άλλα κυρίαρχα μοντέλα παραγόντων παθολογίας της προσωπικότητας, όπως το PSY-5 (Anderson et al., 2015) και άλλων γενικής προσωπικότητας, όπως το HEXACO (Ashton et al., 2012). Τα παραπάνω αποτελέσματα για το PID-5 και την σχέση του με άλλα εργαλεία γενικής προσωπικότητας, στο σύνολο τους, επιβεβαιώνουν το γεγονός ότι οι 5 ανώτεροι παράγοντες μπορούν να νοηθούν ως δυσπροσαρμοστικές παραλλαγές του ΜΠΠ (Crego et al., 2015· De Fruyt et al., 2013· Gore & Widiger, 2013· Quilty et al., 2013· Wright & Simms, 2014) και κατά συνέπεια να υποστηριχθεί ο διαστατικός χαρακτήρας του ΕΜΔΠ.

Μέχρι σήμερα, το PID-5 έχει μεταφραστεί σε περισσότερες από 15 γλώσσες (Al-Dajani et al., 2016), ενώ ταυτόχρονα οι έρευνες πλέον συμπεριλαμβάνουν τόσο γενικό όσο και κλινικό πληθυσμό (Watters & Bagby, 2018), γεγονός που καταδεικνύει την ευρεία χρήση και αποδοχή του ΕΜΔΠ του DSM-5 και στην κλινική αξιολόγηση. Ο Πίνακας 1 στο Παράρτημα, παρουσιάζει τη μέχρι σήμερα καταγραφή των ερευνών πολιτισμικής προσαρμογής του PID-5 και κατά συνέπεια του ΕΜΔΠ. Στο σύνολο τους οι διαπολιτισμικές προσαρμογές του PID-5

περιλαμβάνουν μετάφραση του αρχικού εργαλείου και σε κάποιες (περιορισμένες) ανάδειξη του ιεραρχικού τρόπου οργάνωσης του ΕΜΔΠ με 5 ανώτερους παράγοντες και 25 κατώτερες διαστάσεις.

Ωστόσο, μια προβληματική της μεταφραστικής προσαρμογής που επισημαίνουν οι Al-Dajani et al. (2016) στην ανασκόπησή τους, αναφέρεται στο κατά πόσο οι μεταφραστικές προσπάθειες αξιολογούν πλήρως και επαρκώς την αρχική διάσταση κατασκευής. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς αρκετές από τις διαστάσεις του PID-5 είναι εννοιολογικά σύνθετες και ελλοχεύει ο κίνδυνος κάποιες από αυτές τις διαστάσεις ενδεχομένως να μην είναι ίδιες ή υπαρκτές μεταξύ των πολιτισμών. Αυτό είναι ιδιαίτερα πιθανό να συμβεί σε πολιτισμικές προσαρμογές του PID-5 έξω από τις δυτικές κοινωνίες, όπως για παράδειγμα στις αραβικές χώρες (Coelho et al., 2020), όπου αντί των 5 ανώτερων παραγόντων, επιβεβαιώθηκαν 4 παράγοντες (δεν προέκυψε ο παράγοντας της Άρσης Αναστολών) και με παραγοντικές φορτώσεις και μετακινήσεις των 25 διαστάσεων σε άλλους παράγοντες από αυτούς του αρχικού εργαλείου.

Αρκετοί θεωρητικοί επισημαίνουν ότι, για την αποφυγή ανάλογων δομικών προβλημάτων σε θεωρητικά μοντέλα παθολογίας προσωπικότητας μεταξύ δυτικών και άλλων κοινωνιών, η μετάφραση που βασίζεται κυρίως στην ητική προσέγγιση (etic approach) θα πρέπει να γίνεται με πολύ μεγάλη προσοχή, όπως για παράδειγμα την περιγραφή της επιλογής της μεθόδου μετάφρασης (Cheung, 2009), την υιοθέτηση συγκεκριμένων κανόνων και μεθόδων που επιτρέπουν την μέτρηση της ισοδυναμίας μεταξύ αρχικής και μεταφρασμένης εκδοχής ενός εργαλείου (Dere et al., 2015).

Η εκτεταμένη χρήση και ερευνητική μελέτη της αξιοπιστίας και εγκυρότητας του PID-5 μέχρι σήμερα σε πλήθος ερευνών, σχεδόν δέκα χρόνια μετά την πρώτη του εμφάνιση,

επιβεβαιώνει την επάρκεια του PID-5 να υποστηρίξει το ΕΜΔΠ και τη μετάβαση του από ένα κατηγορικό σε ένα διαστατικό σύστημα αξιολόγησης της παθολογίας της προσωπικότητας. Ωστόσο, περιορισμοί αλλά και μελλοντικές ευκαιρίες αξιοποίησης και περαιτέρω βελτίωσής του εξακολουθούν να καταγράφονται στη βιβλιογραφική έρευνα. Ένας από τους πιο σημαντικούς περιορισμούς που αναφέρθηκαν στην ανασκόπηση των Al-Dajani et al. (2016) αφορά στις ψυχομετρικές ιδιότητες του εργαλείου σε μη κλινικούς πληθυσμούς, ως προϋπόθεση ενίσχυσης της αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Καθώς η πλειοψηφία των ερευνών προέρχεται κυρίως από μη κλινικό πληθυσμό (μέχρι το 2020 αναφέρονται 26 έρευνες με δείγμα φοιτητών, 17 με κοινοτικό-γενικό πληθυσμό και 11 με κλινικό πληθυσμό), απαιτείται η ερευνητική υποστήριξη του εργαλείου με επιπλέον κλινικό πληθυσμό προκειμένου να υποστηριχθούν επαρκώς οι διαφορές (εφόσον υπάρχουν) μεταξύ παραγόντων και διαστάσεων του PID-5. Επιπλέον, συγκριτικές έρευνες μεταξύ γενικού και κλινικού πληθυσμού θα μπορούσαν να προσφέρουν πληροφορίες και για το εύρος και το είδος της παθολογίας της προσωπικότητας όπως εκδηλώνεται μεταξύ των δυο ομάδων πληθυσμού.

Το σκεπτικό των ερευνητών έγκειται κυρίως στο γεγονός ότι το PID-5 είναι ένα εργαλείο που κατασκευάστηκε για την αξιολόγηση των ΔΠ και τη διερεύνηση τους υπό τη διαγνωστική προσέγγιση του DSM. Ένας ακόμα, πρακτικός κυρίως, περιορισμός αναφέρεται στην εφαρμοσιμότητά του PID-5 μεταξύ των κλινικών ειδικών. Με δεδομένη την χρόνια χρήση και υιοθέτηση του DSM-IV στην διαγνωστική αξιολόγηση, η μετάβαση στο ΕΜΔΠ αποτελεί μια πραγματική πρόκληση όχι μόνο για την αλλαγή της κλινικής πρακτικής, αλλά και για τον τρόπο αντίληψης της παθολογίας της προσωπικότητας (Morey & Benson, 2016). Η υιοθέτηση του PID-5 σε αυτήν την προσπάθεια αν και καταλυτικής σημασίας, περιορίζεται σημαντικά από τη δυσκολία ή και επιφυλακτικότητα αρκετών ειδικών ως προς την αποτελεσματικότητα και την

εφαρμοσιμότητά του ως ένα βοηθητικό εργαλείο διαγνωστικής και θεραπευτικής χρήσης (Skodol et al., 2013).

Παρόλα αυτά, σήμερα το PID-5 αποτελεί το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο για το κριτήριο B του ΕΜΔΠ που συνεπάγεται της αξιολόγησης της παθολογίας της προσωπικότητας. Μέχρι τη στιγμή της συγγραφής της παρούσας εργασίας, στις διαδικτυακές βάσεις google scholar PubMed, PsycINFO, SciELO, Web of Science, από το 2013 μέχρι το 2022, για το PID-5 αναφέρονται 653 άρθρα, από τα οποία 70 περιλαμβάνουν έρευνες αξιοπιστίας και εγκυρότητας και 21 άρθρα αναφέρονται σε διαπολιτισμικές προσαρμογές και μελέτες των ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του. Η παραγωγή τόσων ερευνητικών μελετών σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα από την έκδοσή του, καταδεικνύει κατά κύριο λόγο την προσπάθεια που καταβάλλεται στο να ερευνηθεί η κλινική του χρησιμότητα, η σχέση του με τα παθολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, η εφαρμοσιμότητά του σε κλινικούς πληθυσμούς, ως απάντηση στη γενικότερη επιχειρηματολογία του ως αντιπροσωπευτικό εργαλείο αξιολόγησης των ΔΠ στο ΕΜΔΠ (Al-Dajani et al., 2016· Waters & Bagby, 2018· Barchi-Ferreira et al., 2020).

### **3.3. Το ελληνικό Διαγνωστικό Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας για το DSM-5**

Η ανάπτυξη του ΕΜΔΠ και η κατασκευή του PID-5 υπήρξαν αναμφίβολα δυο καινοτομίες στο DSM-5 που τα τελευταία χρόνια έδωσαν ώθηση σε μια πρωτόγνωρη για τα βιβλιογραφικά δεδομένα έρευνα γύρω από τις ΔΠ. Η μέχρι σήμερα ανασκόπηση της χρήσης και εφαρμογής του PID-5 έχει δείξει την ευρεία αποδοχή του σε διάφορες ομάδες πληθυσμών αλλά και σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια (ενδ., Barchi-Ferreira et al., 2020· Morey et al., 2015· Zimmermann et al., 2020). Ο απολογισμός της χρήσης του έχει αναδείξει πλεονεκτήματα, όπως

για παράδειγμα, τη συνάφεια των διαστάσεων και των παραγόντων με τις ΔΠ (Miller et al., 2022), τη σχέση του με τη διαγνωστική του επάρκεια σε άλλες ψυχικές διαταραχές (Bastiaens et al., 2019), την εγκυρότητα και αξιοπιστία των διαστάσεων σε κλινικούς πληθυσμούς (Bastiaens et al., 2016). Έχει αναδείξει όμως και ελλείψεις που σταδιακά μετατράπηκαν σε ευκαιρίες βελτίωσης και περαιτέρω έρευνας, όπως για παράδειγμα, οι διαφορές στην προσαρμογή του εργαλείου σε άλλους πολιτισμούς (Coelho et al., 2020), τη δυσκολία εννοιολογικής αποσαφήνισης επιμέρους διαστάσεων ως αποτέλεσμα των πολιτισμικών διαφορών (Nagy et al., 2022).

Αναφορικά με τη διαπολιτισμική προσαρμογή του, σχεδόν σε όλες τις γλωσσικές κατασκευαστικές μεταφράσεις η ιεραρχική του οργάνωση έχει καταφέρει να επιβεβαιωθεί, γεγονός που του επιτρέπει την ευρεία χρήση του. Ωστόσο, κατά πολλούς ερευνητές της μελέτης της προσωπικότητας, η σημασία της κατασκευής ενός εργαλείου για τη μέτρησή της αντί της προσαρμογής, αποτελεί σημαντικό βήμα για την πληρέστερη και ορθότερη μέτρηση και ανάλυση της ανθρώπινης συμπεριφοράς (Pike, 1954). Με αυτόν τον τρόπο δίνεται ουσιαστικά σημασία στην επίδραση του πολιτισμικού πλαισίου πέρα και πάνω από τις νοηματικές κατασκευές που συνεπάγεται ένα εργαλείο που έχει αναπτυχθεί σε διαφορετικό πολιτισμικό περιβάλλον.

Παραδοσιακά, στην ελληνική πραγματικότητα της μελέτης της προσωπικότητας, η ψυχομετρική προσέγγιση για την αξιολόγηση της ήταν περισσότερο αυτή της μετάφρασης και προσαρμογής των εργαλείων που έχουν κατασκευαστεί σε άλλα πολιτισμικά πλαίσια (Σταλίκας και συν., 2002). Το γεγονός αυτό από τη μια παρέχει μια ποικιλία εργαλείων για την αξιολόγηση της προσωπικότητας (ενδ., Personality Diagnostic Questionnaire [PDQ-4], Structural Clinical Interview for Personality-5 [SCID-5], Minnesota Multiphasic Personality Inventory [MMPI],

κλπ) με ισχυρά και ευρέως αποδεκτά θεωρητικά πλαίσια κατασκευής. Από την άλλη όμως, δημιουργεί ένα ευρύ πεδίο ψυχομετρικής ανάπτυξης εργαλείων μέσα από τις πολιτισμικές εκφάνσεις της προσωπικότητας στην ελληνική γλώσσα και κουλτούρα.

Για το σκοπό αυτό και ακολουθώντας τις σύγχρονες πρακτικές και οδηγίες γύρω από την κατασκευή εργαλείων προσωπικότητας, η παρούσα εργασία πέρα από την υιοθέτηση του σύγχρονου θεωρητικού πλαισίου του ΕΜΔΠ, ενσωμάτωσε και σύγχρονες ψυχομετρικές τεχνικές όπως για την κατασκευή στοιχείων (item development), ανάλυση παραγόντων (factor analysis), διερευνητική μοντελοποίηση δομικών εξισώσεων (exploratory structural equation modeling [ESEM]). Απώτερος στόχος ήταν η ανάδειξη του Διαστατικού Ερωτηματολογίου Προσωπικότητας κατά DSM-5 (ΔΕΠ-5), που αποτελεί και το πρώτο ερωτηματολόγιο κατασκευής σύμφωνα με το DSM-5. Παράλληλα και με δεδομένη την έλλειψη μέχρι σήμερα κατασκευής αντίστοιχων εργαλείων, ειδικά για την ελληνική πραγματικότητα, η υιοθέτηση πιο προηγμένων ψυχομετρικών τεχνικών, όπως της ESEM, στην παρούσα εργασία αποτελεί και την πρώτη ψυχομετρική προσπάθεια εφαρμογή της.

Πολύ δε περισσότερο το γεγονός ότι η κατασκευή ερωτηματολογίου παθολογίας προσωπικότητας είναι κάτι που θα προσφέρει στην ελληνική κλινική πραγματικότητα, το παρόν εργαλείο φιλοδοξεί να συνεισφέρει και προς αυτό το στόχο. Εξάλλου, και σύμφωνα με τις οδηγίες ανάπτυξης και εφαρμογής του DSM-5, ο βασικός σκοπός του είναι να παρέχει στους ειδικούς ένα εργαλείο κοινής κλινικής απήχησης που να ενσωματώνει μια κοινή κλινική γλώσσα με δυνατότητες επικοινωνίας και ανταλλαγής απόψεων γύρω από την ερμηνεία και θεραπεία των ΔΠ. Με αυτό το σκεπτικό, στα επόμενα κεφάλαια θα παρουσιαστούν μια σειρά από μελέτες τόσο γύρω από την εμπειρική κατασκευή (μελέτη 1), των ψυχομετρικών τεχνικών (μελέτη 2 και 3) καθώς και έρευνες αξιοπιστίας (μελέτη 4) και εγκυρότητας (μελέτη 5) του νέου εργαλείου.





## **Κεφάλαιο 4: Εμπειρικές Μελέτες**

### **1<sup>η</sup> Εμπειρική Μελέτη: Κατασκευή στοιχείων για το ΔΕΠ-5**

#### **4.1. Εισαγωγή**

Στα προηγούμενα κεφάλαια αναπτύχθηκε η προβληματική γύρω από τη μελέτη των διαταραχών της προσωπικότητας (ΔΠ), η θεωρητική τους τεκμηρίωση και οι τρόποι αξιολόγησής τους. Τα τελευταία χρόνια, οι μέθοδοι κατασκευής ερωτηματολογίων αξιολόγησης έχουν αναπτυχθεί σημαντικά. Έτσι πλέον ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα να υιοθετήσει ένα πλήθος σύγχρονων και πολύπλοκων ψυχομετρικών τεχνικών, προκειμένου να παρουσιάσει ένα επιστημονικά ολοκληρωμένο εργαλείο μέτρησης και αξιολόγησης. Σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι να παρουσιάσει τη μέθοδο κατασκευής των στοιχείων, τα στάδια αξιολόγησής τους καθώς και τον τρόπο που υιοθετήθηκαν στην τελική εκδοχή του εργαλείου.

Αναφορικά με τη μέθοδο κατασκευής ενός εργαλείου, το κύριο ερώτημα που ανακύπτει είναι και η ψυχομετρική απόφαση ανάμεσα στην ανάπτυξη στοιχείων και στην μετάφραση-προσαρμογή στοιχείων. Για το σκοπό αυτό, οι ερευνητές αναδεικνύουν τη σημασία της επιλογής μεταξύ ημικής και ητικής μεθόδου (emic-etic approach) στην ανάπτυξη εργαλείων για τη μέτρηση και ανάλυση της ανθρώπινης συμπεριφοράς (Pike, 1954). Ειδικότερα, στη μελέτη της προσωπικότητας, η υιοθέτηση μιας εκ της δύο μεθόδων έχει συνδεθεί αναπόδραστα με τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε την έννοια της μέσα σε ένα πολιτισμικό πλαίσιο (Berry, 1997). Έτσι, η ητική προσέγγιση υιοθετεί μια πιο πανανθρώπινη, παγκόσμια αντίληψη, κατά την οποία η προσωπικότητα διαμορφώνεται από καθολικά και γενικά χαρακτηριστικά που είναι κοινά με διαφορετικούς τρόπους σε όλα τα πολιτισμικά πλαίσια (McCrae & Costa, 2004). Για το λόγο αυτό, κατά την ητική προσέγγιση, η μελέτη της προσωπικότητας και των επιμέρους

χαρακτηριστικών της γίνεται με ταυτόχρονη μελέτη μιας ή περισσότερων γλωσσών προκειμένου να διασφαλιστεί η αντικειμενικότητα και εγκυρότητα των εννοιών που ανταλλάσσονται μεταφραστικά (Chao & Lambert, 2013).

Από την άλλη, σύμφωνα με την ημική προσέγγιση, η προσωπικότητα διαμορφώνεται μέσα από συγκεκριμένα πολιτισμικά χαρακτηριστικά, τα οποία και διαδραματίζουν σημαίνοντα ρόλο (Benet-Martinez & Oishi, 2008). Με τον τρόπο αυτό, η ημική προσέγγιση επιχειρεί να αναδείξει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σε ένα πολιτισμικό πλαίσιο, μέσω της μελέτης των ατομικών διαφορών των ατόμων (Saucier et al., 2014). Μάλιστα, καθώς η ημική προσέγγιση είναι επικεντρωμένη στα πολιτισμικά στοιχεία που μελετά, θεωρείται ότι ανιχνεύει και αποδίδει ακόμα και πιο ενδογενή χαρακτηριστικά της τοπικής κουλτούρας, όπως για παράδειγμα αυτά που λανθάνουν στις επιμέρους έννοιες των διαστάσεων της προσωπικότητας (Chao & Lambert, 2013). Παρόλα αυτά, η αντιπαράθεση ως προς τις δυο προσεγγίσεις για τη μελέτη πολιτισμικών φαινομένων, και κατά συνέπεια της προσωπικότητας, οι ερευνητές σημειώνουν ότι οι δυο προσεγγίσεις δεν είναι και τόσο ανταγωνιστικές μεταξύ τους (Pike, 1954· Triantis, 1995). Κατά τους ερευνητές, ουσιαστικά τόσο η ητική όσο και η ημική προσέγγιση μελετούν τα ίδια φαινόμενα από διαφορετική οπτική γωνία και μάλιστα καθώς η ητική προσέγγιση προσφέρεται για τον έλεγχο των υποθέσεων, η ημική προσέγγιση λειτουργεί συμπληρωματικά κατά τρόπο επιβεβαιωτικής τεχνικής μελέτης του φαινομένου.

Ειδικότερα για τη μελέτη της προσωπικότητας, η ημική προσέγγιση αποτελεί επιβεβλημένη τεχνική επιβεβαίωσης των εννοιών των διαστάσεων που μεταφέρονται μεταξύ πολιτισμών (Cheung et al., 2011· Kim et al., 1996· Triantis, 1995). Επιπλέον, και εφόσον αντίστοιχα εργαλεία έχουν κατασκευαστεί για τη μελέτη ενός θεωρητικού μοντέλου, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην αξιολόγηση της εγκυρότητας των εννοιών που πραγματεύονται ειδικά

όταν πρόκειται για διαπολιτισμική προσαρμογή (Oerter et al., 1996). Σύμφωνα μάλιστα με τους Cheug και συν. (2011) καθώς ο γόνιμος αντίλογος μεταξύ ητικής και ημικής προσέγγισης ως το ποια αποτελεί πιο αντιπροσωπευτική μέθοδος ανάδειξης των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, η συνδυαστική τους χρήση ενδέχεται να είναι η πιο ενδεδειγμένη. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι διαστάσεις προσωπικότητας που αναπτύσσονται σε ένα πολιτισμικό πλαίσιο (ητική κατασκευή διαστάσεων), θα πρέπει να αξιολογούνται ως προς την επάρκεια τους να αναδειχθούν και να επιβεβαιωθούν σε ένα άλλο διαφορετικό πολιτισμικό πλαίσιο (ημική κατασκευή διαστάσεων). Με αυτό το σκεπτικό και με δεδομένη την ανάδειξη του ΕΜΔΠ ως νέου μοντέλου αντίληψης των ΔΠ, τα στοιχεία του ερωτηματολογίου αναπτύχθηκαν εξ' ολοκλήρου στην ελληνική γλώσσα, με σκοπό να αναδείξουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ΔΠ στο ελληνικό πολιτισμικό πλαίσιο.

Η 1<sup>η</sup> εμπειρική μελέτη οργανώνεται σε δύο στάδια: στο πρώτο στάδιο έγινε η εννοιολογική απόδοση στα ελληνικά των λειτουργικών ορισμών των 25 διαστάσεων (facets) όπως προκύπτουν από το Ενναλακτικό Μοντέλο ΔΠ του DSM-5 (Alternative Model of Personality Disorders, AMPD [DSM-5], 2013), ενώ δημιουργήθηκαν και τα στοιχεία (items) που θα απαρτιώσουν τις 25 διαστάσεις του μοντέλου. Στο δεύτερο στάδιο, έγινε η αξιολόγηση της αντιπροσωπευτικότητας αυτών των στοιχείων από ομάδα ειδικών (Subject Matter Experts – SMEs) προκειμένου να καταδειχθεί η εννοιολογική τους συνάφεια με τους λειτουργικούς ορισμούς. Τέλος, αποφασίστηκε ο αριθμός, το είδος, και το περιεχόμενο των επιλεγμένων στοιχείων για τη διαμόρφωση της τελικής εκδοχής του ερωτηματολογίου.

## **4.2 Πρώτο στάδιο: Λειτουργικοί Ορισμοί και Ανάπτυξη Στοιχείων του Ερωτηματολογίου**

Σε αυτή τη φάση, η ανάπτυξη των στοιχείων αποτέλεσε την κύρια εργασία. Η μελέτη του

θεωρητικού μοντέλου, όπως περιγράφεται στο DSM-5 ως εναλλακτικό μοντέλο μελέτης των ΔΠ (EMΔΠ), υπήρξε το κύριο υλικό για τον τρόπο δημιουργίας των στοιχείων. Αρχικά, αποδόθηκαν από τον ερευνητή στα ελληνικά οι ορισμοί των 5 τομέων (domains) και των 25 διαστάσεων (facets) του ξενόγλωσσου EMΔΠ. Οι λειτουργικοί ορισμοί των 5 τομέων και των 25 διαστάσεων παρατίθενται στο Παράρτημα. Ο Πίνακας 7 παρουσιάζει τους 5 τομείς και τις 25 διαστάσεις του EMΔΠ στην αγγλική και την ελληνική απόδοσή τους. Στη συνέχεια, για καθεμιά διάσταση ο ερευνητής ανέπτυξε έναν αριθμό στοιχείων (από 14 έως 20 στοιχεία για καθεμιά), ικανό να μπορεί να περιγράψει το εννοιολογικό εύρος των ορισμών. Για την ανάπτυξη των στοιχείων, υιοθετήθηκαν τεχνικές που θα μπορούσαν να αποδώσουν επαρκή ως προς τον αριθμό και εννοιολογικά ισχυρά ως προς το περιεχόμενο στοιχεία.

Ο Hinkin (1995) στην έρευνά του για την αξιολόγηση των τεχνικών ανάπτυξης στοιχείων σε 75 μελέτες, διαπίστωσε ότι η πλειοψηφία αυτών των μελετών (83%) είχε υιοθετήσει την επαγωγική μέθοδο (deductive approach). Η επαγωγική μέθοδος υιοθετείται όταν υπάρχει ένα οριοθετημένο θεωρητικό πλαίσιο που βοηθάει στην εννοιολογική κατασκευή στοιχείων. Επιπρόσθετα, ο Gutmann (1954α, 1965β) περιγράφει μια σειρά από μεθόδους που θα μπορούσαν να συνεισφέρουν στην παραγωγή στοιχείων, λαμβάνοντας υπόψη το είδος της έρευνας ή το σκοπό δημιουργίας του εργαλείου. Στην τεχνική της ανάπτυξης ερωτηματολογίων διαστάσεων (facet design method), επισημαίνεται ότι τα παραγόμενα στοιχεία θα πρέπει: α) να μπορούν να περιγράψουν τις ανθρώπινες συμπεριφορές της διάστασης που αναφέρονται, β) να είναι διαφορετικά μεταξύ τους, διατηρώντας όμως μέσα τους το βασικό εννοιολογικό περιεχόμενο της διάστασης που περιγράφουν, γ) να διακρίνονται εννοιολογικά και φρασσεολογικά από τα στοιχεία άλλων διαστάσεων. Με αυτό το σκεπτικό, έγινε προσπάθεια το εννοιολογικό περιεχόμενο του καθενός στοιχείου να είναι εναρμονισμένο με τον ορισμό της

καθεμιάς από τις 25 διαστάσεις που αναφερόταν.

Η βασική στρατηγική που ακολουθήθηκε για την ανάπτυξη των στοιχείων του ερωτηματολογίου ήταν μέσω της παράθεσης «συνώνυμων» και «αντώνυμων» στους ορισμούς των διαστάσεων. Για την ανάπτυξη τους αξιοποιήθηκαν διάφορες πηγές, όπως λεξικά, γραμματικές, εκπαιδευτικά και σχολικά βιβλία και βοηθήματα. Τα συνώνυμα προέκυψαν από τις βασικές έννοιες που περιέχονταν στον ορισμό της διάστασης. Για παράδειγμα για τη διάσταση της Εχθρότητας, τα πολύ έντονα εχθρικά και αρνητικά συναισθήματα, η μεγάλη αντιπάθεια και το διάχυτο αρνητικό ύφος όπως και η απότομη και επικριτική στάση αποτελούν πυρηνικές έννοιες της διάστασης. Συνώνυμα αυτών των εννοιών είναι η αντιπάθεια, θυμός, κακοβουλία, μνησικακία, οργή, εχθρικότητα, μισαλλοδοξία. Στον αντίποδα αυτών των εννοιών, ως αντώνυμα, τοποθετήθηκαν αντιθετικές έννοιες με λέξεις όπως η φιλία, αρμονία, συμπάθεια, οικειότητα, φιλικότητα, προσήνεια. Με αυτήν την τεχνική έγινε προσπάθεια να ενισχυθεί η εννοιολογική κατασκευή των στοιχείων μέσα από γλωσσικές αντιθέσεις και παραλλαγές. Έτσι, τα αντώνυμα και τα συνώνυμα χρησιμοποιήθηκαν ως λέξεις-κλειδιά που στη συνέχεια ενσωματώθηκαν στα παραγόμενα στοιχεία. Για παράδειγμα, στην διάσταση «Εχθρότητα» μαζί με τον ορισμό, ένα από τα συνώνυμα ήταν ο «θυμός» και δημιουργήθηκε το στοιχείο «πιστεύω ότι ο θυμός μου είναι δικαιολογημένος με τους άλλους ανθρώπους» ή το αντώνυμο «αφέλεια» και δημιουργήθηκε το στοιχείο «υπάρχουν φορές που η οικειότητα των άλλων με εξοργίζει».

Ωστόσο, η ανωτέρω τεχνική, εμπλουτίστηκε και με επιπλέον στοιχεία που δημιουργήθηκαν διαφορετικά. Παρακάτω, ακολουθούν κάποιες βασικές αρχές και μέθοδοι που υιοθετήθηκαν κατά τη φάση ανάπτυξης των στοιχείων, ώστε να αυξηθούν οι πιθανότητες παραγωγής ισχυρών ψυχομετρικά στοιχείων. Πιο συγκεκριμένα, για την ανάπτυξη στοιχείων με ευρύ εννοιολογικό περιεχόμενο αλλά και για την αποφυγή επαναληπτικότητας, που ενδεχομένως

να οδηγούσε σε παραγωγή ίδιων στοιχείων, παραφράστηκαν κάποια στοιχεία από το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο. Για παράδειγμα, με βάση το ξενόγλωσσο στοιχείο *«I feel like I act totally on impulse»*, αναπτύχθηκε ένα παρεμφερές στοιχείο «είμαι παρορμητικός άνθρωπος» ή για το στοιχείο *«I avoid risky situations»*, δημιουργήθηκε στα ελληνικά το στοιχείο «δε ρισκάρω γενικά».

Μία άλλη τεχνική ανάπτυξης στοιχείων είχε να κάνει με τη διατύπωση και την απόδοση της θεμελιώδους έννοιας της κάθε διάστασης (core definition) με τη δημιουργία αντίστοιχων πυρηνικών στοιχείων (core item) στοχευμένα στη συγκεκριμένη διάσταση. Για παράδειγμα, στη διάσταση «Ανησυχία», η θεμελιώδης έννοια είναι το βίωμα και η ένταση του άγχους. Ένα ενδεικτικό-θεμελιώδες στοιχείο θα πρέπει οπωσδήποτε να περιγράφει αυτήν την έννοια, όπως για παράδειγμα *«πολλές φορές έχω ένα αίσθημα διάχυτης ανησυχίας, χωρίς να μπορώ να καταλάβω το λόγο»* ή *«μου λένε ότι συνεχώς ανησυχώ υπερβολικά»*.

Μια ακόμα τεχνική που υιοθετήθηκε, ήταν η ανάπτυξη θετικά εκφραζόμενων στοιχείων (positive wording items) αλλά και αρνητικά εκφραζόμενων στοιχείων (negative wording items). Με την τεχνική αυτή γίνεται προσπάθεια να αποδοθεί η σημαίνουσα έννοια με τρόπο που να μη προκαταλαμβάνει το άτομο ως προς την επιλογή μιας επιθυμητής (και συνήθως κοινωνικά αποδεκτής) απάντησης. Για παράδειγμα, τα στοιχεία *«δε συγκινούμαι εύκολα με ό,τι μου λένε οι φίλοι μου»* και *«μου είναι εύκολο να συμπεριφέρομαι με αδιαφορία και απάθεια»*, διαπραγματεύονται με διαφορετικό τρόπο τη διάθεση και το εύρος της εμπλοκής του ατόμου με την έννοια της «Ψυχρότητας». Με αυτόν τον τρόπο, ελέγχθηκε το «φαινόμενο της συναίνεσης» (acquiescence effect) που σχετίζεται με τη μεροληψία της απόκρισης (response bias) των συμμετεχόντων κυρίως σε ερωτηματολόγια προσωπικότητας (Cronbach, 1946, 1950· Ray et al., 2016· Salazar, 2015). Μία παρόμοια τεχνική, ήταν κι αυτή των αντίστροφων

στοιχείων (reverse coded items) προκειμένου να διατυπωθούν στοιχεία με φαινομενικά αντίθετη έννοια ως προς τη διάσταση που περιγράφουν. Για παράδειγμα, *«οι φίλοι μου με θεωρούν φερέγγυο άτομο»*, στοιχείο κατασκευασμένο για τη διάσταση «Ανευθυνότητα», ή *«έχω μάθει να είμαι ειλικρινής με τους φίλους μου»*, για τη διάσταση «Δολιότητα».

Η αξιοποίηση στοιχείων από κλίμακες που μετρούν παρεμφερείς έννοιες, ήταν ακόμη μια τεχνική ανάπτυξης στοιχείων. Για παράδειγμα, για τη διάσταση της «Εκκεντρικότητας» του παράγοντα του «Ψυχωτισμού», χρησιμοποιήθηκαν ως στοιχεία αναφοράς, κάποια από τα στοιχεία του Ερωτηματολογίου Σχιζότυπης Προσωπικότητας (Schizotypy personality Questionnaire [SPQ], Stefanis et al., 2004): όπως για παράδειγμα, *«έχω μερικές εκκεντρικές (παράξενες) συνήθειες»* για να κατασκευαστεί ένα παρεμφερές στοιχείο *«οι φίλοι μου λένε ότι είμαι εκκεντρικός τύπος»*. Άλλα συναφή με τις διαστάσεις ερωτηματολόγια που αξιοποιήθηκαν ως πηγές στοιχείων αναφοράς υπήρξαν (ενδεικτικά): το Revised Social Anhedonia Scale (Eckblad et al., 1982), το The Greek Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale ([DERS], Mitsopoulou et al., 2013), το Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1975), κ.ά.

Επιπρόσθετα, χρησιμοποιήθηκαν φράσεις που είναι χαρακτηριστικές της ελληνικής γλώσσας και εμπεριέχουν γηγενή εννοιολογικά κατασκευάσματα που πολλές φορές έχουμε συνηθίσει να τα αποδίδουμε με ολόκληρες προτάσεις. Για παράδειγμα, *«βαριέμαι τις γλυκανάλατες σχέσεις»* και *«έχει ο καιρός γυρίσματα, για όσους θελήσουν να με βάλλουν στο μάτι»*, προκειμένου να αποδοθούν έννοιες που σχετίζονται με τη διάσταση της «Απόσυρσης» και της «Δολιότητας» αντίστοιχα. Παράλληλα, έγινε προσπάθεια η γλωσσική διατύπωση να είναι ανεξάρτητη από το εκπαιδευτικό επίπεδο ή λεξιλόγιο, και για το λόγο αυτό υιοθετήθηκε γλωσσικό ύφος που ήταν καθημερινό και ευνόητο και με τα στοιχεία σύντομα (μια-δυο σειρές). Ταυτόχρονα όμως, έγινε προσπάθεια για την απόδοση μιας μόνο πυρηνικής έννοιας σε κάθε



λέξη-κλειδί του στοιχείου. Για παράδειγμα, στη διάσταση της Εχθρότητας, «μου είναι εύκολο να γίνω κακός όταν χρειάζεται» (πυρηνική έννοια, η κακία), «είμαι άτομο που θυμώνει εύκολα» (πυρηνική έννοια, ο θυμός).

Υπήρξαν τρεις διαδοχικές φάσεις ανάπτυξης και αξιολόγησής των στοιχείων του ερωτηματολογίου. Σε κάθε φάση, ο αριθμός των παραγόμενων στοιχείων αξιολογούνταν από ειδικούς εμπειρογνώμονες (SMEs), και με βάση τα αποτελέσματα της αξιολογικής διαδικασίας, αφαιρούνταν στοιχεία και δημιουργούνταν νέα, τα οποία συμπλήρωναν τα ήδη υπάρχοντα που είχαν αξιολογηθεί ως κατάλληλα. Η διαδικασία αξιολόγησης των στοιχείων, καθώς και οι φάσεις ανάπτυξής τους περιγράφονται στην επόμενη ενότητα.

## Πίνακας 7

Συνοπτική παρουσίαση των 5 τομέων (domains) και των 25 διαστάσεων του ΕΜΔΠ σύμφωνα με το DSM-5.

Αρνητικό Συναίσθημα	Αποστασιοποίηση	Ανταγωνισμός	Άρση Αναστολών	Ψυχωτισμός
Ανησυχία (Anxiousness)	Ανηδονία (Anhedonia)	Αναζήτηση Προσοχής (Attention Seeking)	Διασπαστικότητα (Distractibility)	Εκκεντρικότητα (Eccentricity)
Συναισθηματική Αστάθεια (Emotional Lability)	Καταθλιπτικότητα (Depressivity)	Αναλγησία (Callousness)	Παρορμητικότητα (Impulsivity)	Γνωσιακή και Αντιληπτική Απορρύθμιση (Cognitive & Perceptual Dysregulation) Ασυνήθιστες πεποιθήσεις και εμπειρίες
Εχθρότητα (Hostility)	Αποφυγή Οικειότητας (Intimacy Avoidance)	Δολιότητα (Deceitfulness)	Ανευθυνότητα (Irresponsibility)	(Unusual Beliefs & Experiences)
Εμμονικότητα (Perseveration)	Καχυποψία (Suspiciousness)	Μεγαλομανία (Grandiosity)	Άκαμπτη Τελειομανία (Rigid Perfectionism)	
Περιορισμένη Συναισθηματικότητα (Restricted)	Απόσυρση (Withdrawal)	Χειριστικότητα (Manipulativeness)	Ριψοκίνδυνος	

Affectivity) Ανασφάλεια Αποχωρισμού (Separation Insecurity) Υποχωρητικότητα (Submissiveness)	(Risk Taking)
--	---------------

*Σημείωση.* Αποδόθηκε στα ελληνικά με την έγκριση της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας για το DSM, Fifth Edition (Copyright © 2013). APA, 2013.

### **4.3. Δεύτερο στάδιο: Φάσεις Ανάπτυξης και Αξιολόγησης των Στοιχείων του Ερωτηματολογίου**

Η ανάπτυξη και επιλογή των στοιχείων του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε σε τρεις διαδοχικές φάσεις. Σε κάθε φάση γινόταν αξιολόγηση των στοιχείων, απόρριψη κάποιων από αυτά, κατασκευή νέων και τελική επιλογή. Κατά την πρώτη φάση, δημιουργήθηκαν συνολικά 624 στοιχεία. Για καθεμία από τις 25 διαστάσεις δημιουργήθηκε ένας αριθμός στοιχείων από 20 έως 40. Τα στοιχεία αξιολογήθηκαν από ειδικούς εμπειρογνώμονες (SMEs), σχετικούς σε θέματα ψυχολογίας-ψυχοπαθολογίας, ως προς την εννοιολογική τους συνάφεια σε σχέση με τους αντίστοιχους λειτουργικούς ορισμούς.

Η τεχνική της αξιολόγησης στοιχείων μέσω SMEs εφαρμόζεται συχνά σε πεδία έρευνας που απαιτείται εξειδικευμένη γνώση του αντικειμένου σε βάθος αλλά περισσότερο όταν εμπεριέχονται έννοιες με ιδιαίτερο επιστημονικό περιεχόμενο, όπως πχ. ανάπτυξη λογισμικού (software engineering), εσωτερική λειτουργία μηχανήματος (internal function operations) (Bahlmann, 2008· Fajardo, 2010). Οι πληροφορίες που λαμβάνονται μέσα από την αξιολόγηση των κατασκευασμένων στοιχείων από τους SMEs, ενισχύουν τη φαινομενική εγκυρότητα των εννοιών που εμπεριέχονται στα κατασκευασμένα στοιχεία (Fajardo, 2010). Επιπλέον, ο τρόπος που ο κάθε ένας από τους SME αντιλαμβάνεται το βάθος και εύρος των μεταφρασμένων εννοιών βοηθά στη μετέπειτα αξιολόγηση των παραγόμενων στοιχείων.

Για τους λόγους αυτούς, στην παρούσα φάση, επιλέχθηκαν 6 SME με εμπειρία και γνώση στα πεδία: κλινική ψυχολογία, ψυχομετρία, ψυχολογία της υγείας, κοινωνική ψυχολογία. Η επιλογή των SMEs έγινε μέσα από τον ευρύτερο κύκλο ακαδημαϊκών και κλινικών ειδικών (convenience sample) του ερευνητή, κατόπιν προσωπικής ενημέρωσης και πρόσκλησης και με τη σύμφωνη συγκατάθεσή τους. Όλη η διαδικασία της επικοινωνίας, ενημέρωσης, συγκατάθεσης και της χορήγησης-αξιολόγησης πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονικά. Οι SMEs, αξιοποιώντας τους λειτουργικούς ορισμούς των 25 διαστάσεων, κλήθηκαν να αξιολογήσουν το βαθμό που το καθένα από τα στοιχεία παρουσίαζε εννοιολογική συνάφεια και κρίνονταν ως αντιπροσωπευτικό της διάστασης στην οποία αναφερόταν. Επιπλέον κριτήρια αξιολόγησης ήταν και η γραμματική και συντακτική αρτιότητα περιεχομένου σύμφωνα με τους λειτουργικούς ορισμούς. Η διαβαθμιστική κλίμακα αξιολόγησης ήταν μια κλίμακα τεσσάρων σημείων με τιμές από 0 = «καθόλου αντιπροσωπευτικό», 1 = «λίγο αντιπροσωπευτικό», 2 = «μέτρια αντιπροσωπευτικό», 3 = «πολύ αντιπροσωπευτικό». Η συγκεκριμένη διαβαθμιστική κλίμακα επιλέχθηκε στα πλαίσια της υιοθέτησης μιας κλίμακας αξιολόγησης των στοιχείων που να δημιουργεί ένα εύρος αποκρίσεων εύκολο στη χρήση, και ταυτόχρονα να εμπεριέχει ένα επαρκές απαντητικό μοτίβο (response pattern) (Preston & Colman, 2000).

Οι SME καλούνταν με βάση την 4-βάθμια διαβαθμιστική κλίμακα να αξιολογήσουν την εννοιολογική συνάφεια των παραχθέντων στοιχείων σε σχέση με τους αντίστοιχους λειτουργικούς ορισμούς. Προκειμένου ένα στοιχείο να χαρακτηριστεί ως κατάλληλο και αντιπροσωπευτικό, θα έπρεπε ο μέσος όρος των αξιολογήσεων των κριτών να ήταν μεγαλύτερος από το κατώτατο όριο της μεσαίας θέσης της κλίμακας ( $> 2,0$ ). Η τεχνική αυτή εφαρμόστηκε κατά τις δυο πρώτες φάσεις κατασκευής στοιχείων, ώστε να υπάρξει ένας επαρκής και ταυτόχρονα αντιπροσωπευτικός αριθμός στοιχείων για την τελική εκδοχή του ερωτηματολογίου.

Η αξιολόγηση και των τριών κατασκευαστικών φάσεων του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε από τους SMEs ηλεκτρονικά. Για την πρώτη αξιολογική φάση των στοιχείων δημιουργήθηκαν 5 διαφορετικά links σε περιβάλλον google docs (ένα για καθέναν από τους 5 τομείς του ΕΜΔΠ και τις αντίστοιχες 25 διαστάσεις) τα οποία και στάλθηκαν στα email των 6 SMEs, μαζί με τους λειτουργικούς ορισμούς. Η αποστολή των email ήταν προσωπική, και καθένας SMEs είχε έναν μοναδικό προσωπικό αριθμό κατά την είσοδό του στο σύνδεσμο της έρευνας, ώστε να μπορέσει να ταυτοποιηθεί στο τέλος για τις απαντήσεις του.

Κατά τον ίδιο τρόπο, στη δεύτερη αξιολογική φάση, δημιουργήθηκαν νέα links σε περιβάλλον google docs με νέα στοιχεία, τα οποία και εστάλησαν στους SMEs για αξιολόγηση. Οι τελικές διορθώσεις-επισημάνσεις και αξιολογήσεις των στοιχείων αποτέλεσαν την τρίτη και τελική εκδοχή του ερωτηματολογίου.

Συγκεντρωτικά, μετά την πρώτη αξιολόγηση από τα 624 στοιχεία που αρχικά δημιουργήθηκαν, απορρίφθηκαν 230 στοιχεία. Στο πλαίσιο της δεύτερης φάσης, δημιουργήθηκαν 228 νέα στοιχεία, τα οποία συμπλήρωσαν κυρίως τις διαστάσεις που απώλεσαν τα περισσότερα στοιχεία κατά την πρώτη αξιολογική φάση. Κατά τη δεύτερη φάση της αξιολόγησης των στοιχείων από τους SMEs, απορρίφθηκαν 255 στοιχεία. Έτσι, η τελική πιλοτική εκδοχή του ερωτηματολογίου περιελάμβανε συνολικά 367 στοιχεία. Αναλυτικά οι φάσεις και τα κατασκευασμένα στοιχεία περιγράφονται στον Πίνακα 8.

**Πίνακας 8**

Κατασκευή Στοιχείων Α', Β' και Γ' πιλοτικής εκδοχής ερωτηματολογίου

Διαστάσεις	1 <sup>η</sup> φάση			2 <sup>η</sup> φάση		Τελική Εκδοχή
	Αρχικά Στοιχεία	Διατηρημένα Στοιχεία	Νέα Στοιχεία	Σύνολο νέων στοιχείων (από την 1 <sup>η</sup> φάση)	Απορριφθ έντα Στοιχεία	Διατηρημένα Στοιχεία
1. Ανησυχία	22	16	13	29	14	15
2. Συναισθηματική Αστάθεια	17	15	7	22	7	15
3. Εχθρότητα	20	15	4	19	4	15
4. Εμμονική Επαναληπτικότητα	20	15	6	21	6	15
5. Περιορισμένη Συναισθηματικότητα	16	13	5	18	5	13
6. Ανασφάλεια Αποχωρισμού	15	15	0	15	0	15
7. Ενδοτικότητα/Υποχωρητικότητα	18	16	2	18	3	15
<b>Σύνολο Στοιχείων (ΑΣ)</b>	<b>128</b>	<b>105</b>	<b>37</b>	<b>142</b>	<b>39</b>	<b>103</b>
8. Ανηδονία	21	11	9	20	5	15
9. Καταθλιπτικότητα	40	28	12	40	25	15
10. Αποφυγή Οικειότητας	21	14	7	21	7	14
11. Καχυποψία	22	17	5	22	7	15
12. Απόσυρση	27	20	7	27	12	15
<b>Σύνολο Στοιχείων (ΑΠ)</b>	<b>131</b>	<b>90</b>	<b>40</b>	<b>130</b>	<b>56</b>	<b>74</b>
13. Αναζήτηση Προσοχής	28	11	8	19	4	15
14. Αναλγησία/Ψυχρότητα	41	16	0	16	1	15
15. Δολιότητα	26	20	4	24	9	15
16. Μεγαλομανία	18	11	6	17	4	13
17. Χειριστικότητα	20	7	13	20	7	13
<b>Σύνολο Στοιχείων (ΑΝΤ)</b>	<b>133</b>	<b>65</b>	<b>31</b>	<b>96</b>	<b>25</b>	<b>71</b>
18. Διασπαστικότητα	28	20	9	29	14	15
19. Παρορμητικότητα	19	19	0	19	4	15
20. Ανευθυνότητα	22	10	13	23	9	14
21. Απαιτητική Τελειομανία	30	15	18	33	18	15
22. Ριψοκίνδυνος	39	32	7	39	24	15
<b>Σύνολο Στοιχείων (ΑΡΑΝ)</b>	<b>138</b>	<b>96</b>	<b>47</b>	<b>143</b>	<b>69</b>	<b>74</b>
23. Εκκεντρικότητα	37	17	20	37	22	15
24. Γνωστική και Αντιληπτική Απορρύθμιση	33	9	32	41	26	15
25. Ασυνήθιστες Εμπειρίες και Πεποιθήσεις	24	12	21	33	18	15

Σύνολο Στοιχείων (ΨΥΧ)	94	38	73	111	66	45
Γενικό Σύνολο Στοιχείων	624	394	228	622	255	367

*Σημείωση:* ΑΣ (Αρνητικό Συναίσθημα), ΑΠ (Αποστασιοποίηση), ΑΝΤ (Ανταγωνισμός), ΑΡΑΝ (Αρση Αναστολών), ΨΥΧ (Ψυχωτισμός).

#### 4.4. Αποτελέσματα

Με την ολοκλήρωση της αξιολόγησης των στοιχείων από τους 6 SMEs, ακολούθησε η τελική επιλογή των στοιχείων για τις 25 διαστάσεις. Με βάση το αξιολογικό σκεπτικό της προηγούμενης φάσης, διαμορφώθηκε η τελική εκδοχή του ερωτηματολογίου αποτελούμενη από 367 στοιχεία συνολικά και πιο συγκεκριμένα, από 210 στοιχεία θετικά εκφραζόμενα, 124 αρνητικά εκφραζόμενα και 33 στοιχεία με αντίστροφη αξιολόγηση (reverse coding).

Η κάθε διάσταση αριθμούσε από 13 έως 15 στοιχεία. Για παράδειγμα, για τη διάσταση «Καταθλιπτικότητα», κατασκευάστηκαν αρχικά 40 στοιχεία, αξιολογήθηκαν με μέσο όρο (>2) τα 15, δημιουργήθηκαν νέα 14 (στο πλαίσιο της δεύτερης φάσης) και στην τελική εκδοχή της διάστασης υιοθετήθηκαν 15 στοιχεία με μέσο όρο (>2,5). Αντίστοιχα, για τη διάσταση «Γνωστική και αντιληπτική απορρύθμιση», δημιουργήθηκαν 33 στοιχεία, αξιολογήθηκαν με μέσο όρο (>2) τα 9, στο πλαίσιο της δεύτερης φάσης δημιουργήθηκαν 32 νέα, και η τελική εκδοχή της διάστασης περιελάμβανε 15 στοιχεία με μέσο όρο (>2,5). Με αυτόν τον τρόπο σχεδόν και οι 25 διαστάσεις του ΕΜΔΠ είχαν τον ίδιο αριθμό στοιχείων (15). Εξαιρέση αποτέλεσαν οι διαστάσεις «Περιορισμένη Συναισθηματικότητα», «Μεγαλομανία», «Χειριστικότητα» με 13 στοιχεία και η «Αποφυγή Οικειότητας» και «Ανευθυνότητα» με 14 στοιχεία αντίστοιχα (Πίνακας 4 του Παραρτήματος).

Επιπλέον, αξιολογήθηκε ο βαθμός συμφωνίας μεταξύ των κριτών. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκε ο Συντελεστής Ενδοταξιακής Συσχέτισης (Intraclass Correlation Coefficient - ICC) διπλής τυχαίας κατεύθυνσης, με το σκεπτικό ότι τα δεδομένα προήλθαν από τα ίδια άτομα

που αξιολόγησαν και τις 25 διαστάσεις του ερωτηματολογίου (LeBreton & Senter, 2008· Müller & Büttner, 1994· Weir, 2005). Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης, η αξιοπιστία μεταξύ των κριτών ήταν υψηλή ( $r = 0,78$ ) για διάστημα εμπιστοσύνης 95%. Συνεπώς, οι 25 διαστάσεις του μοντέλου αποδείχθηκαν να έχουν εννοιολογική συνοχή ως προς τον προσδιορισμό της καθεμιάς διάστασης, αλλά και του καθένα από τους 5 παράγοντες. Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται αναλυτικά ο δείκτης Intraclass Correlation Coefficient (ICC) για τον κάθε τομέα και την κάθε διάσταση του ερωτηματολογίου.

### Πίνακας 9

Δείκτης ICC για καθεμιά διάσταση Τελικής Πιλοτικής Εκδοχής Ερωτηματολογίου

Υποκλίμακες	Στοιχεία	ICC
1. Ανησυχία	15	.77
2. Συναισθηματική Αστάθεια	15	.70
3. Εχθρότητα	15	.84
4. Εμμονική Επαναληπτικότητα	15	.80
5. Περιορισμένη Συναισθηματικότητα	13	.77
6. Ανασφάλεια Αποχωρισμού	15	.86
7. Ενδοτικότητα/Υποχωρητικότητα	15	.78
<b>Σύνολο Στοιχείων (ΑΣ)</b>	<b>103</b>	<b>.80</b>
8. Ανηδονία	15	.73
9. Καταθλιπτικότητα	15	.70
10. Αποφυγή Οικειότητας	14	.73
11. Καχυποψία	15	.72
12. Απόσυρση	15	.78
<b>Σύνολο Στοιχείων (ΑΠ)</b>	<b>74</b>	<b>.75</b>
13. Αναζήτηση Προσοχής	15	.72
14. Αναλγησία/Ψυχρότητα	15	.76
15. Δολιότητα	15	.77
16. Μεγαλομανία	13	.79
17. Χειριστικότητα	13	.75
<b>Σύνολο Στοιχείων (ΑΝΤ)</b>	<b>71</b>	<b>.72</b>
18. Διασπαστικότητα	15	.70
19. Παρορμητικότητα	15	.71

20. Ανευθυνότητα	14	.78
21. Απαιτητική Τελειομανία	15	.72
22. Ριψοκίνδυνος	15	.75
<b>Σύνολο Στοιχείων (APAN)</b>	<b>74</b>	<b>.77</b>
23. Εκκεντρικότητα	15	.80
24. Γνωστική και Αντιληπτική Απορρύθμιση	15	.73
25. Ασυνήθιστες Εμπειρίες και Πεποιθήσεις	15	.76
<b>Σύνολο Στοιχείων (ΨΥΧ)</b>	<b>45</b>	<b>.78</b>
<b>Γενικό Σύνολο Στοιχείων</b>	<b>367</b>	<b>.78</b>

*Σημείωση.* ΑΣ (Αρνητικό Συναίσθημα), ΑΠ (Αποστασιοποίηση), ΑΝΤ (Ανταγωνισμός), APAN (Άρση Αναστολών), ΨΥΧ (Ψυχωτισμός), ICC (Intraclass Correlation Coefficient)

#### **4.5. Συμπεράσματα Πρώτης Εμπειρικής Μελέτης**

Τα αποτελέσματα των αναλύσεων της πρώτης μελέτης της έρευνας για την ανάπτυξη των στοιχείων και την αξιολόγησή τους από τους 6 SMEs ολοκληρώθηκαν μέσα από τρεις διαδοχικές φάσεις. Κατά την πρώτη φάση, και στο πλαίσιο της διατύπωσης των λειτουργικών ορισμών των διαστάσεων, έγινε προσπάθεια να διατυπωθούν ορισμοί που να είναι όσο το δυνατόν πιο περιεκτικοί και ταυτόχρονα να παρέχουν το απαιτούμενο εύρος πληροφοριών ώστε να διαφοροποιούνται από παρόμοιες εννοιολογικές κατασκευές (π.χ., καταθλιπτικότητα αντί κατάθλιψη, ανησυχία αντί άγχος, κλπ.).

Κατά δεύτερο, σε όλες τις φάσεις, εφαρμόστηκαν διαφορετικοί τρόποι ανάπτυξης στοιχείων προκειμένου να διατυπωθεί ποικιλοτρόπως το περιεχόμενο πολύπλοκων ορισμών που εκφράζουν λανθάνουσες εννοιολογικές κατασκευές, όπως πχ. οι διαστάσεις της προσωπικότητας (Griffin et al., 2000· Sireci & Geisinger, 1995). Κοινό στοιχείο σε όλα τα στάδια ανάπτυξης ήταν η προσπάθεια ανάδειξης στοιχείων με εννοιολογικό περιεχόμενο συναφές με τους λειτουργικούς ορισμούς του ΕΜΔΠ του DSM-5. Με τον τρόπο αυτό δημιουργήθηκαν στοιχεία με ευρύ μορφολογικό ύφος (αντώνυμα, συνώνυμα, αντίστροφης έννοιας, πυρηνικής έννοιας) σε απλή



καθομιλουμένη ελληνική γλώσσα και ύφος. Ταυτόχρονα, σε καθεμιά από τις φάσεις ανάπτυξης έγινε προσπάθεια να υπάρχει ένας επαρκής αριθμός στοιχείων (τουλάχιστον 20-40) ώστε να υπάρχει ευελιξία στη διαδικασία απόρριψης, διατήρησης και κατασκευής νέων. Αναφορικά με τη δεύτερη φάση, η αξιολόγηση των στοιχείων πραγματοποιήθηκε από ειδικούς SMEs, που αποτελούσαν ψυχολόγοι τόσο με πρακτική ειδίκευση στην κλινική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία, όσο και στην ψυχομετρία, την κοινωνική ψυχολογία και την ψυχολογία της υγείας. Με το τρόπο αυτό η επιλογή των στοιχείων έγινε από ειδικούς του χώρου, γεγονός που συνέβαλε στην παραγωγή και αξιοποίηση ποιοτικών στοιχείων για τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου.

Η πρώτη εμπειρική μελέτη της έρευνας δεν υπήρξε χωρίς μεθοδολογικούς περιορισμούς. Ο πρώτος αφορά στην επιλογή των ειδικών κριτών (SMEs), οι οποίοι επιλέχθηκαν από τον ευρύτερο κύκλο του ερευνητή. Με το σκεπτικό αυτό, θα ήταν μεθοδολογικά πιο ορθό να αυξηθεί ο αριθμός των κριτών με μεγαλύτερη αντιπροσωπευτικότητα των SMEs από το χώρο της κλινικής ψυχολογίας ή και του ακαδημαϊκού περιβάλλοντος σε μια προσπάθεια να τεκμηριωθεί ασφαλέστερα το εύρος των απαντήσεων. Από την άλλη, παρά τους παραπάνω περιορισμούς, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, τα τελικά στοιχεία που επιλέχθηκαν για την πιλοτική εκδοχή του ερωτηματολογίου είχαν μεγάλη εννοιολογική συνάφεια με τους λειτουργικούς ορισμούς του μοντέλου του ΕΜΔΠ, και ότι με βάση τις αξιολογήσεις των κριτών μπορούν να χαρακτηριστούν κατάλληλα και αντιπροσωπευτικά για την μέτρηση των 25 διαστάσεων του μοντέλου.

Σαν συμπέρασμα, με την ολοκλήρωση της πρώτης εμπειρικής μελέτης, αναδείχθηκε η εννοιολογική κατανόηση των 25 διαστάσεων και των 5 τομέων του ΕΜΔΠ, και ταυτόχρονα αξιολογήθηκε μια μεγάλη δεξαμενή στοιχείων (1215 συνολικά) προκειμένου να επιλεγεί ένας

επαρκής και αποδεκτός αριθμός στοιχείων για το τελικό ερωτηματολόγιο. Στη δεδομένη φάση της έρευνας, το επόμενο κατασκευαστικό βήμα από ψυχομετρική άποψη θα είναι η διερεύνηση των 25 διαστάσεων του μοντέλου. Με αυτήν τη προσπάθεια θα ασχοληθεί το επόμενο κεφάλαιο της διδακτορικής έρευνας που είναι η Διερευνητική Ανάλυση Παραγόντων (Exploratory Factor Analysis, EFA).

## **2<sup>η</sup> Εμπειρική Μελέτη: Κατασκευή των Διαστάσεων του Ερωτηματολογίου**

### **5.1. Εισαγωγή**

Η κατασκευή των στοιχείων και η αξιολόγηση τους από ομάδα ειδικών εμπειρογνομόνων κατά την προηγούμενη φάση, ανέδειξε ένα ερωτηματολόγιο 367 στοιχείων. Με δεδομένο τον υψηλό δείκτη συμφωνίας μεταξύ των κριτών για το σύνολο των στοιχείων, το επόμενο βήμα ήταν η ψυχομετρική αξιολόγηση των κατασκευασμένων στοιχείων και η επιλογή των τελικών στοιχείων της κλίμακας. Πιο συγκεκριμένα, η δεύτερη μελέτη περιλαμβάνει δυο επιμέρους στάδια. Κατά το πρώτο στάδιο, αναπτύχθηκαν τα «πρωτότυπα μοντέλα» (prototypes) για καθεμιά από τις 25 διαστάσεις με τη χρήση της ανάλυσης κύριων συνιστωσών (principal components analysis-PCA), προκειμένου να μελετηθεί όλη η υπάρχουσα διακύμανση (κοινή, μοναδική και σφάλμα) ώστε να «εξαχθεί» το μεγαλύτερο ποσοστό της διακύμανσης από τους λιγότερους δυνατούς παράγοντες. Κατά το δεύτερο στάδιο, αξιολογήθηκε ο μονοπαράγοντικός χαρακτήρας (unidimensionality) της κάθε διάστασης του ερωτηματολογίου με τη χρήση της επιβεβαιωτικής ανάλυσης παραγόντων (confirmatory factor analysis - CFA).

### **5.2. Πρώτο Στάδιο: Ανάπτυξη πρωτότυπων μοντέλων για τις 25 διαστάσεις**

Στο στάδιο αυτό πραγματοποιήθηκε η επιλογή των στοιχείων που αποτέλεσαν τα «πρωτότυπα μοντέλα» (prototypes) της καθεμιάς από τις 25 διαστάσεις του ΕΜΔΠ. Η μέθοδος κατασκευής «πρωτότυπων μοντέλων» έχει ως αφετηρία την επαγωγική μέθοδο (deductive approach), που χρησιμοποιήθηκε και κατά την κατασκευή των στοιχείων. Ακολουθώντας τη μέθοδο αυτή, έγινε προσπάθεια τα στοιχεία που επιλέχθηκαν για τη δημιουργία του κάθε πρωτότυπου μοντέλου να είναι όσο το δυνατόν εννοιολογικά πιο συναφή και ταυτόχρονα να περιγράφουν επαρκώς τον εννοιολογικό ορισμό κάθε διάστασης. Κατά τον τρόπο αυτό, τα

στοιχεία που επιλέγονται και στη συνέχεια ομαδοποιούνται, τείνουν να μοιράζονται μεταξύ τους ένα κοινό εννοιολογικό περιεχόμενο που σχετίζεται με ένα πιο συνεκτικό τρόπο με τον τομέα στον οποίο αναφέρονται (Hinkin, 1995). Προτείνεται μάλιστα τα στοιχεία που κατασκευάζονται με αυτόν τον τρόπο να είναι όσο το δυνατόν πιο ευρεία εννοιολογικά διατυπωμένα, ώστε να περιγράφουν την έννοια στην οποία αναφέρονται με όσο το δυνατόν πιο περιεκτικό τρόπο (Clark & Watson, 1995· Loevinger, 1957).

Η αξιολόγηση των ψυχομετρικών χαρακτηριστικών των στοιχείων είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη μετέπειτα επιβεβαίωση της παραγοντικής δομής του εργαλείου (Worthington & Whittaker, 2006· Cabrera-Nguyen, 2010). Για το σκοπό αυτό κατά το στάδιο της επιλογής των στοιχείων εφαρμόστηκε η Ανάλυση Κύριων Συνιστωσών (Principal Components Analysis-PCA), όπου αξιολογήθηκαν εκτός από τις ψυχομετρικές ιδιότητες (π.χ., παραγοντική φόρτιση, δευτερογενείς φορτίσεις) των στοιχείων, και η ικανότητα τους να περιγράφουν με διαφορετικό τρόπο, συμπεριφορές και καθημερινές συνήθειες και χαρακτηριστικά προσωπικότητας, για καθεμιά από τις 25 διαστάσεις του ΕΜΔΠ.

### **5.2.1. Μέθοδος**

#### ***5.2.1.1. Συμμετέχοντες και Διαδικασία***

Για τη συγκεκριμένη μελέτη οι συμμετέχοντες ήταν γενικός πληθυσμός που προήλθε από συμπτωματική δειγματοληψία. Συγκεκριμένα, συμμετείχαν 514 ενήλικες, από τους οποίους οι 393 (76,5%) ήταν γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 29 έτη (Τ.Α. = 12,9) με το εύρος των ηλικιών να κυμαίνεται από 18 έως 80 έτη. Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, η πλειοψηφία του δείγματος 296 (57,6%) ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ, 103 (20%) απόφοιτοι ΤΕΙ, 59 (11,5%) απόφοιτοι λυκείου, 4 (0,8%) απόφοιτοι γυμνασίου και 5 (1%) κατείχαν διδακτορικό τίτλο σπουδών. Όλοι οι συμμετέχοντες έλαβαν μέρος στη μελέτη ανώνυμα

και αφού ενημερώθηκαν εγγράφως για τους σκοπούς της έρευνας, τη διασφάλιση της ανωνυμίας τους, τη διαχείριση των αποτελεσμάτων καθώς και το δικαίωμα υπαναχώρησής τους οποιαδήποτε στιγμή και σε οποιοδήποτε στάδιο της έρευνας. Η έρευνα διεξάγεται κατόπιν έγκρισης (Αρ. Πρωτ. ΕΠΙ.Δ.Ε.: 27/18-03-2014) από την Επιτροπή Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Κρήτης.

### **5.2.1.2. Εργαλείο**

Η τελική πιλοτική εκδοχή του ερωτηματολογίου που προέκυψε από τα αποτελέσματα της πρώτης εμπειρικής μελέτης, περιλάμβανε 367 στοιχεία για το σύνολο των 25 διαστάσεων. Στην παρούσα φάση της χορήγησης δεν ορίστηκε προκαθορισμένος χρόνος συμπλήρωσης. Η διάρκεια χορήγησης αυτής της εκδοχής του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 45-60 λεπτά. Οι συμμετέχοντες καλούνταν να απαντήσουν σε κάθε ένα στοιχείο με τη χρήση μιας διαβαθμισμένης απαντητικής κλίμακας 4 σημείων (Likert type) με τιμές που κυμαίνονταν από 1 = «καθόλου αντιπροσωπευτικό για εμένα», έως 4 = «πολύ αντιπροσωπευτικό για εμένα». Στην παρούσα φάση επιλέχθηκε να μην υπάρχει ενδιάμεση τιμή («δεν ξέρω-δεν απαντώ») προκειμένου να περιοριστεί το φαινόμενο της κεντρικής απαντητικής τάσης. Επιπλέον, για τον περιορισμό της πιθανότητας δημιουργίας τάσης κοινωνικής συμμόρφωσης στις απαντήσεις των συμμετεχόντων (social desirability), ενσωματώθηκε στα στοιχεία της πιλοτικής εκδοχής του ερωτηματολογίου και η Κλίμακα Κοινωνικής Επιθυμητότητας 16 (Social Desirability Scale 16 – SDS-16, Schuessler et al., 1978). Χαρακτηριστικά παραδείγματα στοιχείων της SDS είναι: «συχνά νιώθω ότι κανένας δεν με έχει ανάγκη», «το μέλλον μοιάζει πολύ ζοφερό», κ.ά.

### **5.2.2. Σχεδιασμός Ανάλυσης**

Η πραγματοποίηση των αναλύσεων σε αυτό το στάδιο επικεντρώθηκε στη διαχείριση δυο σημαντικών μεθοδολογικών ζητημάτων: πρώτον, την ανάδειξη επαρκούς αριθμού στοιχείων

(μεταξύ 6 έως 8) για τη δημιουργία της κάθε διάστασης, και ταυτόχρονα τη διατήρηση στοιχείων που θα περιγράφουν όσο το δυνατόν πληρέστερα και με επάρκεια το εννοιολογικό περιεχόμενο της κάθε διάστασης (Hinkin et al., 1997). Κατά δεύτερο, την κατασκευή διαστάσεων (αλλά και τομέων) ανεξάρτητων μεταξύ τους, αλλά με την αντίστοιχη εννοιολογική συνέπεια ως προς το θεωρητικό πλαίσιο του ΕΜΔΠ του DSM-5.

Η κατασκευή του «πρωτότυπου μοντέλου» για κάθε διάσταση περιλαμβάνει πρώτα από όλα ένα πυρήνα στοιχείων που ενσωματώνει τα πυρηνικά εννοιολογικά χαρακτηριστικά της διάστασης στην οποία αναφέρεται. Ως πυρηνικά χαρακτηριστικά ορίζονται εκείνα τα χαρακτηριστικά που διατυπώνουν τον ορισμό της διάστασης και σηματοδοτούν το εννοιολογικό της εύρος. Για παράδειγμα, η διάσταση της «Ανησυχίας» περιγράφεται: *«η συναισθηματική κατάσταση με κύριο χαρακτηριστικό στοιχείο τη διάχυτη αγωνία για κάτι ή κάποιον. Η ανησυχία είναι ένα συναίσθημα που προκαλείται από αρνητικές σκέψεις και εικόνες, κατά τις οποίες το πρόσωπο κάνει νοητικές προσπάθειες να αποφύγει μία επερχόμενη απειλή. Η υπερβολική ανησυχία έχει υψηλή ένταση, συχνότητα και διάρκεια και σε αυτή τη μορφή της, συμπίπτει με το άγχος. Υπερβολική ωστόσο θεωρείται η ανησυχία της οποίας η ένταση, η συχνότητα και η διάρκεια δεν αντιστοιχούν στην πραγματική πιθανότητα ή τις συνέπειες του να συμβεί ένα ψυχοπιεστικό για το άτομο γεγονός...»*. Από την περιγραφή του ορισμού διαφαίνονται ως κύρια στοιχεία της Ανησυχίας, η διάχυτη αγωνία, οι αρνητικές σκέψεις και εικόνες, η υψηλή ένταση και διάρκεια του ανήσυχου βιώματος. Ενδεικτικά στοιχεία που αναπτύχθηκαν για τη διάσταση αυτή, είναι: «είμαι διαρκώς σε επαγρύπνηση μήπως κάτι συμβεί», «οι δικοί μου λένε ότι ανησυχώ υπερβολικά», «είμαι σε μια μόνιμη αναστάτωση, χωρίς να μου είναι πάντα ξεκάθαρος ο λόγος».

Για την ανάπτυξη κάθε πρωτότυπου μοντέλου ακολουθήθηκαν τα παρακάτω βήματα. Αρχικά, για κάθε διάσταση, υπολογίστηκε ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση κάθε στοιχείου.

Σε αυτή τη φάση, απορρίφθηκαν στοιχεία με μέσο όρο  $<1,5$  και  $>3,5$  (όρια κλίμακας 1-4), και τυπική απόκλιση κοντά στο μηδέν, καθώς αυτά τα στοιχεία δεν παρείχαν ικανοποιητική διακύμανση στις απαντήσεις (π.χ., σχεδόν όλα τα άτομα απαντούσαν «Διαφωνώ Απόλυτα» (1) ή «Συμφωνώ Απόλυτα» (4) αντίστοιχα). Στη συνέχεια, τα στοιχεία που παρέμειναν σε κάθε κλίμακα συσχετίστηκαν με τα στοιχεία της Κλίμακα Κοινωνικής Επιθυμητότητας (SDS-16) προκειμένου να εντοπιστούν (και να απομακρυνθούν) τα στοιχεία που εμφάνιζαν υψηλή συσχέτιση με τη συγκεκριμένη κλίμακα, καθώς υποδήλωναν επίδραση του φαινομένου της κοινωνικής επιθυμητότητας. Στο πλαίσιο αυτής της φάσης, προέκυψαν 10 έως 13 στοιχεία για καθεμιά διάσταση με μέσο όρο 2 έως 3. Για παράδειγμα, για τη διάσταση «Ανησυχία» αξιολογήθηκαν 15 στοιχεία εκ των οποίων τα 13 παρουσίασαν μέσο όρο από 2 έως 2,7. Ακολούθως, τα 13 αυτά στοιχεία συσχετίστηκαν με την κλίμακα SDS-16, προκειμένου να εξετασθούν πιθανές τεχνητές συσχετίσεις που θα έπρεπε να ληφθούν υπόψη. Πιο συγκεκριμένα, συνήθως στην πράξη τιμές  $r > 0,45$  τείνουν να ερμηνεύονται ως τιμές που υποδηλώνουν μέτρια προς υψηλή συσχέτιση και επομένως στην συγκεκριμένη περίπτωση ορίζουν την επίδραση του φαινομένου της κοινωνικής επιθυμητότητας στα στοιχεία του ερωτηματολογίου. Κατά συνέπεια, με αυτό το σκεπτικό, τα στοιχεία αυτά απορρίπτονται. Για παράδειγμα, στη διάσταση «Ανησυχία» τα 13 στοιχεία παρουσίασαν χαμηλή συσχέτιση ( $r = 0,25 - 0,36$ ) με την κλίμακα SDS-16.

Ταυτόχρονα όλα τα στοιχεία αξιολογήθηκαν μεταξύ τους, είτε με τα υπόλοιπα που ανήκουν στον ίδιο τομέα, αλλά και με το σύνολο των στοιχείων από τους άλλους τομείς και διαστάσεις, με γνώμονα τρεις παραμέτρους: α) την υψηλή εννοιολογική συσχέτιση ( $> 0,60$ ) με τη διάσταση που αναφέρονται, β) την χαμηλή συσχέτιση ( $< 0,50$ ) με άλλες διαστάσεις είτε εντός του ίδιου τομέα, είτε με τους υπόλοιπους τομείς, και γ) τις διαφορετικές εννοιολογικές

διατυπώσεις που όμως περιγράφουν επαρκώς και ποικιλοτρόπως τον ορισμό της διάστασης. Η ίδια στρατηγική ανάλυσης εφαρμόστηκε για την αξιολόγηση των στοιχείων της καθεμιάς από τις 25 διαστάσεις.

Στη συνέχεια ακολούθησε η προσπάθεια ανάδειξης ισχυρών και αντιπροσωπευτικών στοιχείων. Κύριο μέλημα ήταν η διερεύνηση της ικανότητάς τους να ομαδοποιηθούν σε έννοιες και κατά συνέπεια να αναδείξουν τις διαστάσεις του ΕΜΔΠ. Για το σκοπό αυτό υιοθετήθηκε η ανάλυση κύριων συνιστωσών (Principal components analysis - PCA). Η ανάλυση κύριων συνιστωσών αποτελεί την πιο διαδεδομένη τεχνική εξαγωγής παραγόντων και χρησιμοποιείται στα πρώτα βήματα της ανάλυσης των δεδομένων καθώς επιτρέπει την ελαχιστοποίηση των παρατηρούμενων μεταβλητών και την ανάδειξη μοτίβων (patterns) μεταξύ των σχετιζόμενων μεταβλητών. Κατά συνέπεια, βοηθάει στην ομαδοποίηση των δεδομένων με βάση τις ομοιότητες ή/και τις διαφορές τους και τη μελέτη της υπάρχουσας διακύμανσης ώστε να εξαχθούν οι λιγότεροι δυνατοί παράγοντες (Bentler & Kano, 1990· MacCallum & Tucker, 1991). Με τον τρόπο αυτό προκύπτουν συνιστώσες (components), που στην ουσία είναι απλά αθροίσματα των μεταβλητών.

Για την εφαρμογή της ανάλυσης κύριων συνιστωσών, αρχικά πραγματοποιήθηκε έλεγχος της ποιότητας των μεταβλητών μέσω του δείκτη Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) που αποφαίνεται για την επάρκεια τους δείγματος της έρευνας (Williams et al., 2010). Στη συγκεκριμένη μελέτη, ο δείκτης KMO ήταν  $> 0,50$ , τιμή που επιτρέπει την πραγματοποίηση των αναλύσεων. Επιπλέον, αναφορικά με την επάρκεια του δείγματος της έρευνας, εφαρμόστηκε ο δείκτης σφαιρικότητας του Bartlett (Bartlett's test of sphericity) ο οποίος αποφαίνεται για τη στατιστική σημαντικότητα των συσχετίσεων στις παρατηρούμενες μεταβλητές. Ο δείκτης αυτός για να είναι αποδεκτός θα πρέπει να παρουσιάσει ένα στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα, ( $p < 0,05$ ). Στη συγκεκριμένη



μελέτη ο δείκτης αυτός ήταν  $< 0,05$ . Επιπλέον, αξιολογήθηκαν οι δείκτες κύρτωσης (kurtosis) και ασυμμετρίας (skewness) της κατανομής του δείγματος για τον έλεγχο της κανονικότητας των τιμών. Τιμές  $< 5$  αναφορικά με την κύρτωση και  $< 2$  για την ασυμμετρία, υποδηλώνουν ότι τα δεδομένα ακολουθούν την κανονική κατανομή και διασφαλίζουν την προϋπόθεση της μονομεταβλητής κανονικότητας που θα πρέπει να εμφανίζουν τα δεδομένα για την ορθή χρήση της PCA (Kline, 2004).

Αναφορικά με την περιστροφή των αξόνων, θα πρέπει να σημειωθεί ότι επιλέχθηκε να μην πραγματοποιηθεί, καθώς πρωταρχικό μέλημα σε αυτό το στάδιο ήταν να ερμηνευτεί όσο το δυνατόν μεγαλύτερο ποσοστό της διακύμανσης. Με το σκεπτικό αυτό, αξιολογήθηκε μόνο η πρώτη συνιστώσα, καθώς αυτή ερμηνεύει το μεγαλύτερο δυνατό ποσοστό της διακύμανσης ανάμεσα στις παρατηρούμενες μεταβλητές και την αντίστοιχη συνιστώσα (Snook & Gorsuch, 1989). Για την αξιολόγηση του αριθμού των εξαγόμενων συνιστωσών (component matrix) υιοθετήθηκε το κριτήριο ιδιοτιμών (eigenvalues) Guttman-Kaiser (Guttman, 1954· Velicer & Jackson, 1990), διερευνώντας συνιστώσες που είχαν ιδιοτιμή μεγαλύτερη της μονάδας (Hinkin, 1998).

Στη συνέχεια, για την ανάπτυξη του κάθε πρωτότυπου μοντέλου, ακολουθήθηκε η παρακάτω διαδικασία: Αρχικά, από τα στοιχεία που αξιολογήθηκαν, επιλέχθηκαν τέσσερα στοιχεία με την υψηλότερη παραγοντική φόρτιση ( $> 0,70$ ) στην πρώτη συνιστώσα. Μετά, επιλέχθηκαν επιπλέον τέσσερα στοιχεία με μέτρια παραγοντική φόρτιση ( $< 0,50 - 0,60$ ) και ταυτόχρονα χαμηλή συσχέτιση ( $< 0,40$ ) με τις υπόλοιπες διαστάσεις. Στην επιλογή των στοιχείων αξιολογήθηκε και η ικανότητα (εγκυρότητα περιεχομένου) να δίνουν με διαφορετικό τρόπο τη λανθάνουσα έννοια (διάσταση) στην οποία αναφέρονται με διαφορετική διατύπωση (αντώνυμα, συνώνυμα, πυρηνικές λέξεις). Κατά τον τρόπο αυτό δομήθηκαν οι τελικές εκδοχές

της κάθε διάστασης δίνοντας προσοχή στο να διατηρηθούν στοιχεία με υψηλή εννοιολογική αλλά και στατιστική συσχέτιση με κάθε πρωτότυπο μοντέλο. Η τελική δομή της κάθε διάστασης αποτελούνταν από 8 στοιχεία με υψηλή παραγοντική φόρτιση στην πρώτη συνιστώσα της ανάλυσης, χαμηλή συσχέτιση με τις λοιπές διαστάσεις.

Ωστόσο, προκειμένου το σύνολο των στοιχείων του ερωτηματολογίου να παραμείνει σε διαχειρίσιμη χρονική διάρκεια συμπλήρωσης (περί τα 30 λεπτά), αλλά και για να περιοριστεί η εννοιολογική επανάληψη μεταξύ στοιχείων στην ίδια διάσταση, αφαιρέθηκαν ένα έως δυο στοιχεία με μέτρια παραγοντική φόρτιση (0,50) από την κάθε διάσταση. Κατά τον τρόπο αυτό, η κάθε διάσταση στην τελική της μορφή αποτελούνταν από 6 με 7 στοιχεία.

Επιπλέον, για την περαιτέρω αξιολόγηση των 25 επιμέρους διαστάσεων, υπολογίστηκε ο μέσος όρος της καθεμιάς διάστασης (mean inter-item) με τον αντίστοιχο τομέα που ανήκει, καθώς και ο βαθμός συσχέτισής της με τις υπόλοιπες διαστάσεις του ίδιου τομέα. Τα αποτελέσματα βρέθηκαν να κυμαίνονται (στο σύνολο των 25 διαστάσεων) από  $r = 0,45$  (μέτρια) έως  $r = 0,78$  (υψηλή), γεγονός που ενισχύει την ένδειξη της συγκλίνουσας εγκυρότητας μεταξύ των διαστάσεων. Η αξιολόγηση αυτή δίνει πληροφορίες για την εννοιολογική συνοχή του συνόλου των στοιχείων που απαρτίζουν την κάθε διάσταση καθώς και πιθανές διαφοροποιήσεις με τις λοιπές διαστάσεις. Παράλληλα, υπολογίστηκε ο μέσος όρος της καθεμιάς διάστασης σε καθέναν από τους υπόλοιπους τομείς καθώς και ο βαθμός συσχέτισής της με τις υπόλοιπες διαστάσεις των άλλων τομέων. Τα αποτελέσματα και βρέθηκαν να κυμαίνονται μεταξύ  $r = 0,17$  έως  $r = 0,38$  (χαμηλή), γεγονός που αποτελεί ένδειξη για την αποκλίνουσα εγκυρότητα μεταξύ των διαστάσεων σε διαφορετικούς τομείς. Τέλος, αξιολογήθηκαν και οι παραγοντικές φορτίσεις (factor loadings) της καθεμιάς διάστασης από τα αποτελέσματα της PCA. Τα αποτελέσματα βρέθηκαν να κυμαίνονται μεταξύ 0,58 (μέτρια) έως 0,88 (υψηλό) ισχυροποιώντας το

ενοιολογικό περιεχόμενο της κάθε διάστασης. Στο τέλος αυτού του κατασκευαστικού σταδίου, το εργαλείο που προέκυψε αποτελούνταν από 160 στοιχεία. Στον Πίνακα 10, παρατίθενται αναλυτικά οι παραγοντικές φορτίσεις, οι συσχετίσεις και οι μέσοι όροι καθώς και ο αριθμός των τελικών στοιχείων της καθεμιάς από τις 25 διαστάσεις. Όλες οι αναλύσεις αυτής της φάσης πραγματοποιήθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS v.27.

### Πίνακας 10

Σύννοχη Ψυχομετρικών Χαρακτηριστικών των 25 Διαστάσεων του ΔΕΠ-5

Διαστάσεις	Εύρος Παραγοντικών φορτίσεων	Συσχετίσεις (στον ίδιο τομέα)	Μ.Ο. (διαστάσεων στον ίδιο τομέα)	Συσχετίσεις (σε άλλους τομείς)	Μ.Ο. (διαστάσεων σε άλλους τομείς)	Αριθμός Στοιχείων
1. Ανησυχία	0,76 - 0,79	0,25 - 0,60	0,46	0,17 - 0,48	0,36	7
2. Συναισθηματική Αστάθεια	0,77 - 0,85	0,45 - 0,65	0,58	0,26 - 0,46	0,35	7
3. Εχθρότητα	0,58 - 0,72	0,42 - 0,67	0,57	0,33 - 0,42	0,38	6
4. Εμμονική Επαναληπτικότητα	0,66 - 0,70	0,39 - 0,61	0,55	0,27 - 0,41	0,34	6
5. Περιορισμένη Συναισθηματικότητα	0,74 - 0,78	0,40 - 0,65	0,61	0,24 - 0,46	0,32	6
6. Ανασφάλεια Αποχωρισμού	0,75 - 0,86	0,48 - 0,77	0,68	0,18 - 0,42	0,28	7
7. Ενδοτικότητα	0,72 - 0,84	0,29 - 0,65	0,57	0,15 - 0,45	0,31	6
8. Ανηδονία	0,83 - 0,88	0,45 - 0,88	0,59	0,18 - 0,40	0,28	7
9. Καταθλιπτικότητα	0,86 - 0,87	0,42 - 0,88	0,61	0,15 - 0,40	0,26	6
10. Αποφυγή Οικειότητας	0,81 - 0,84	0,42 - 0,78	0,62	0,32 - 0,38	0,36	7
11. Καχυποψία	0,66 - 0,86	0,44 - 0,62	0,50	0,33 - 0,44	0,38	6
12. Απόσυρση	0,76 - 0,83	0,54 - 0,77	0,71	0,24 - 0,40	0,36	7
13. Αναζήτηση Προσοχής	0,75 - 0,77	0,37 - 0,53	0,49	0,14 - 0,35	0,28	6
14. Ψυχρότητα	0,56 - 0,74	0,33 - 0,66	0,50	0,17 - 0,38	0,31	6
15. Δολιότητα	0,78 - 0,82	0,30 - 0,65	0,57	0,25 - 0,42	0,30	6
16. Μεγαλομανία	0,72 - 0,79	0,40 - 0,57	0,51	0,10 - 0,44	0,21	6
17. Χειριστικότητα	0,71 - 0,72	0,45 - 0,65	0,52	0,10 - 0,35	0,17	6
18. Διασπαστικότητα	0,86 - 0,88	0,40 - 0,75	0,61	0,11 - 0,40	0,31	7
19. Παρορμητικότητα	0,79 - 0,81	0,41 - 0,62	0,55	0,23 - 0,44	0,33	7
20. Ανευθυνότητα	0,68 - 0,73	0,33 - 0,60	0,56	0,18 - 0,38	0,28	6
21. Απαιτητική Τελειομανία	0,74 - 0,82	0,30 - 0,59	0,50	0,11 - 0,36	0,27	6
22. Ριγοκινδυνότητα	0,80 - 0,82	0,32 - 0,51	0,48	0,20 - 0,40	0,34	7

23. Εκκεντρικότητα	0,73 - 0,83	0,43 - 0,83	0,78	0,12 - 0,43	0,29	7
24. Γνωστική και Αντιληπτική Απορρύθμιση	0,72 - 0,79	0,42 - 0,80	0,76	0,13 - 0,45	0,32	6
25. Ασυνήθιστες Εμπειρίες και Πεποιθήσεις	0,61 - 0,71	0,42 - 0,82	0,75	0,28 - 0,40	0,36	6

*Σημείωση. N = 514*

### **5.3. Δεύτερο Στάδιο: Διερεύνηση του μονοπαραγοντικού χαρακτήρα των 25 διαστάσεων**

Το στάδιο αυτό ασχολήθηκε με την αξιολόγηση της ικανότητας των επιλεγμένων στοιχείων να περιγράφουν μία και μόνο λανθάνουσα μεταβλητή (καθεμιά από τις 25 διαστάσεις του ΕΜΔΠ) προκειμένου να υποστηριχθεί ο μονοπαραγοντικός χαρακτήρας τους. Η αξιολόγηση της μονοπαραγοντικότητας των στοιχείων είναι απαραίτητη προϋπόθεση καθώς με τον τρόπο αυτό τεκμηριώνεται η δυνατότητα των στοιχείων να αντιλαμβάνονται με τον ίδιο τρόπο την έννοια που μετρούν (Ziegler & Hagemann, 2015· Stout, 1987).

Για το σκοπό αυτό, υιοθετήθηκε η Επιβεβαιωτική Ανάλυση Παραγόντων (Confirmatory Factor Analysis-CFA). Μέσα στο περιβάλλον ανάλυσης της CFA, το μοντέλο μέτρησης για κάθε διάσταση μπορεί να οριστεί και να μετρηθεί αναφορικά με την ποιότητα των δεδομένων που συλλέχθηκαν και κατά συνέπεια κατά πόσο μπορούν να επιβεβαιώσουν το θεωρητικό μοντέλο. Η επιβεβαίωση της μονοπαραγοντικότητας των στοιχείων για την καθεμιά διάσταση του μοντέλου θα συμβάλει και στην εγκυρότητα της παραγοντικής δομής ολόκληρου του εργαλείου (Heene et al., 2011).

#### **5.3.1 Μέθοδος**

##### **5.3.1.1 Συμμετέχοντες και Διαδικασία**

Για τη συγκεκριμένη μελέτη οι συμμετέχοντες ήταν γενικός πληθυσμός και το δείγμα

ήταν συμπτωματικό. Συγκεκριμένα, συμμετείχαν 457 ενήλικες, από τους οποίους οι 350 (76,6%) ήταν γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 48 έτη (Τ.Α. = 14,8) με το εύρος των ηλικιών να κυμαίνεται από 18 έως 80 έτη. Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, η πλειοψηφία του δείγματος 261 (42,8%) ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ, 138 (30,2%) κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών, 69 (15,1%) απόφοιτοι λυκείου και 9 (2%) απόφοιτοι γυμνασίου. Όλοι οι συμμετέχοντες έλαβαν μέρος στη μελέτη ανώνυμα και αφού ενημερώθηκαν εγγράφως για τους σκοπούς της έρευνας, τη διασφάλιση της ανωνυμίας τους, τη διαχείριση των αποτελεσμάτων καθώς και το δικαίωμα υπαναχώρησής τους από οποιοδήποτε στάδιο της έρευνας.

#### **5.3.1.2. Εργαλείο**

Το Διαγνωστικό Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας (ΔΕΠ-5) αυτό-αναφοράς που προέκυψε από τα αποτελέσματα του προηγούμενου σταδίου, περιλάμβανε 160 στοιχεία για το σύνολο των 25 διαστάσεων. Οι συμμετέχοντες καλούνταν να απαντήσουν σε κάθε ένα στοιχείο με τη χρήση μιας διαβαθμισμένης απαντητικής κλίμακας 4 σημείων (Likert type) με τιμές που κυμαίνονταν από 1 = «καθόλου αντιπροσωπευτικό για εμένα», έως 4 = «πολύ αντιπροσωπευτικό για εμένα». Ο χρόνος για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν ξεπερνούσε τα 30 λεπτά.

#### **5.3.2 Σχεδιασμός Ανάλυσης**

Κατά τη δεύτερη φάση της ανάλυσης αυτού του σταδίου πραγματοποιήθηκε η διερεύνηση της μονοπαραγοντικότητας (unidimensionality) των πρωτότυπων διαστάσεων που είχαν κατασκευαστεί, σε νέο ανεξάρτητο δείγμα πληθυσμού. Για τον έλεγχο της μονοπαραγοντικότητας επιλέχθηκε ο αλγόριθμος των ισχυρών σταθμισμένων ελαχίστων τετραγώνων (robust weighted least squares algorithm [WLSMV]) καθώς είναι ο αλγόριθμος που προτείνεται για κατηγορικά δεδομένα (Brown, 2015). Ακολούθησε η αξιολόγηση των 25

διαστάσεων υιοθετώντας τους ακόλουθους δείκτες καλής προσαρμογής. Αρχικά εφαρμόστηκε ο στατιστικός δείκτης Sattora-Bentler corrected chi-square (S-B scaled  $\chi^2$ ), με τον οποίο υπολογίζονται οι ομαλοποιημένοι στατιστικοί δείκτες του βασικού μοντέλου (baseline model) που συγκρίνονται με τους μη ομαλοποιημένους στατιστικούς δείκτες του εμφωλευμένου μοντέλου σύγκρισης (nested model), υπολογίζοντας και τα τυπικά τους σφάλματα (Nevitt & Hancock, 2000· Satorra & Bentler, 2010). Καλή προσαρμογή στα δεδομένα της έρευνας επιβεβαιώνεται όταν η τιμή S-B scaled  $\chi^2$  του εξεταζόμενου μοντέλου έχει τη μικρότερη τιμή, συγκριτικά με υπόλοιπα εξεταζόμενα μοντέλα. Ο δεύτερος δείκτης που υιοθετήθηκε ήταν ο συγκριτικός δείκτης Comparative Fit Index (CFI) (Bentler, 1990), ο οποίος συγκρίνει το εξεταζόμενο μοντέλο με ένα υποθετικό μηδενικό μοντέλο, στο οποίο όλες οι μεταβλητές έχουν μηδενική συσχέτιση μεταξύ τους και λογίζονται ως ανεξάρτητες (Hu & Bentler, 1999). Ο δείκτης CFI λαμβάνει τιμές από 0 έως 1, με το μηδέν να δηλώνει κακή προσαρμογή στα δεδομένα, ενώ το ένα δηλώνει απόλυτη προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα. Για μια αποδεκτή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα, οι τιμές του CFI θα πρέπει να είναι >0,95. Παρόμοια με τον δείκτη CFI, ο συγκριτικός δείκτης προσαρμογής Tucker-Lewis Index (TLI), είναι ένας ακόμα δείκτης αξιολόγησης των δεδομένων (Tucker & Lewis, 1973). Υπολογίζει τον βαθμό βελτίωσης του υπό εξέταση μοντέλου με ένα υποθετικό μηδενικό μοντέλο, στο οποίο όλες οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους (DiStefano, 2016). Ο δείκτης TLI λαμβάνει τιμές από 0 έως 1, με το μηδέν να δηλώνει κακή προσαρμογή στα δεδομένα, ενώ το ένα δηλώνει απόλυτη προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα. Για μια αποδεκτή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα, οι τιμές του TLI θα πρέπει να είναι > 0,95 (Hu & Bentler, 1999). Ο τέταρτος δείκτης που εφαρμόστηκε ήταν ο στατιστικός δείκτης Root Mean Square Error of Approximation (RSMEA), με τον οποίο αξιολογείται η απόκλιση μεταξύ του πραγματικού

πληθυσμού και της διακύμανσης του πληθυσμού καθώς και με τους βαθμούς ελευθερίας του μοντέλου. Οι τιμές που παρουσιάζει ο συγκεκριμένος δείκτης είναι από το 0 έως 1. Οι τιμές μέχρι το 0,08 δηλώνουν καλή προσαρμογή στα δεδομένα, τιμές γύρω στο 0,06 δηλώνουν εξαιρετική προσαρμογή στα δεδομένα (Hu & Bentler, 1999). Ο RMSEA θεωρείται αξιόπιστος στατιστικός δείκτης (DiStefano, 2016), καθώς δίνει πληροφορίες και για τα διαστήματα εμπιστοσύνης (Confidence Intervals –CI), που τεκμηριώνουν με ποσοστό 90% ότι το εξεταζόμενο μοντέλο παρουσιάζει καλή προσαρμογή στα δεδομένα της έρευνας (McCallum et al., 1996). Τέλος, ο πέμπτος δείκτης απόλυτης προσαρμογής που υιοθετήθηκε ήταν ο Standardized Root Mean-Square Residual (SRMR), ο οποίος αξιολογεί την τετραγωνική ρίζα της διαφοράς μεταξύ της παρατηρούμενης συσχέτισης και της προβλεπόμενης συσχέτισης των μεταβλητών αξιολογώντας το μέγεθος του δείγματος και τους βαθμούς ελευθερίας του υπό εξέταση μοντέλου (DiStefano, 2016). Οι τιμές που παρουσιάζει ο συγκεκριμένος δείκτης είναι από το 0 έως 1. Οι τιμές μέχρι το 0,08 δηλώνουν καλή προσαρμογή στα δεδομένα, τιμές γύρω στο .05 δηλώνουν εξαιρετική προσαρμογή στα δεδομένα (Hu & Bentler, 1999).

Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης των 25 διαστάσεων αναφορικά με τη μονοδιαστατικότητα τους υπήρξαν μέσα στις αποδεκτές τιμές όλων των προαναφερόμενων στατιστικών δεικτών που υιοθετήθηκαν. Υπήρξαν ωστόσο διαστάσεις, όπως π.χ. η Εμμονικότητα (Perseverance) όπου ο δείκτης RMSEA παρουσίασε μη ικανοποιητικές τιμές (> 0,08). Ανάλογες τιμές σε αυτόν τον δείκτη έχουν αναφερθεί και σε άλλες έρευνες ως αποτέλεσμα μοντέλων με μικρούς βαθμούς ελευθερίας (Kenney et al., 2015). Σε αυτές τις περιπτώσεις συστήνεται να λαμβάνονται υπόψη οι υπόλοιποι δείκτες καλής προσαρμογής, καθώς θεωρούνται αρκετοί για την επιβεβαίωση της αποδοχής του υπό εξέταση μοντέλου. Επιπλέον, επιτράπηκαν οι συνδυακυμάνσεις σφαλμάτων μεταξύ συγκεκριμένων στοιχείων μέσα

στην ίδια διάσταση (με παρεμφερές εννοιολογικό περιεχόμενο) όπως έχει αναφερθεί και σε παρόμοιες έρευνες (Bastiaens et al., 2015). Αν και υπάρχει σκεπτικισμός στο κατά πόσο η χρήση αυτής της πρακτικής είναι μια θεωρητική και ψυχομετρική επιλογή που επιτρέπεται μέσα σε περιβάλλον δομικών εξισώσεων (Hayduk, 1990· Kaplan, 1989· MacCallum et al., 1992), σε όλες τις περιπτώσεις, η συσχέτιση των συνδυακυμάνσεων των σφαλμάτων βελτίωσε σε ικανοποιητικό βαθμό τα δεδομένα του μοντέλου. Ουσιαστικά, η πρακτική αυτή εφαρμόστηκε στις περιπτώσεις εκείνες που σύμφωνα με τις αναλύσεις είχαν ένδειξη για τροποποίηση  $> .70$  ( $p < 0,001$ ) και γινόταν ξεκινώντας από την υψηλότερη τιμή, πάντα μεταξύ σφαλμάτων των στοιχείων της ίδιας διάστασης (Landis et al., 2009). Κάθε φορά που πραγματοποιούνταν μια τέτοια συσχέτιση μεταξύ σφαλμάτων η ανάλυση πραγματοποιούνταν εκ νέου προκειμένου να βεβαιωθεί η βελτίωση του μοντέλου. Πιο συγκεκριμένα πραγματοποιήθηκαν οι ακόλουθες τροποποιήσεις στις συνδυακυμάνσεις των σφαλμάτων των παρακάτω στοιχείων. Στη διάσταση «Περιορισμένο Συναίσθημα», μεταξύ των στοιχείων «Οι φίλοι μου πολλές φορές λένε ότι είμαι ανέκφραστος-η» και «Συχνά οι άνθρωποι μου λένε ότι δε λέω ό,τι νιώθω» ( $r = 0,78$ ). Στη διάσταση πολλές «Εμμονικότητας» μεταξύ των στοιχείων «Συχνά ξανασκέφτομαι για μέρες, συζητήσεις και πράγματα προηγούμενων εβδομάδων» και πολλές φορές συζητάω για πράγματα που έχουν συμβεί πριν καιρό, παρόλο που οι άλλοι τα θεωρούν πλέον ασήμαντα» ( $r = 0,74$ ). Για τη διάσταση της «Δολιότητας», έγινε συσχέτιση μεταξύ των σφαλμάτων στον στοιχείων «Μπορώ και παραποιώ την αλήθεια προς όφελος μου» και «Μπορώ να υποκριθώ με τρόπο, αν πρόκειται να κερδίσω κάτι» ( $r = 0,74$ ). Στη διάσταση της «Παρορμητικότητας» μεταξύ των στοιχείων «Συνήθως «δε σκέφτομαι» πριν πω ή κάνω κάτι» και «Πολλές φορές δεν σκέφτομαι πριν μιλήσω» ( $r = 0,73$ ). Για τη διάσταση της «Γνωστικής και Αντιληπτικής Απορρύθμισης», έγινε συσχέτιση μεταξύ των σφαλμάτων στον στοιχείων «Ωρες- ώρες δεν έχω κανέναν έλεγχο



του τί σκέφτομαι» και «Υπάρχουν φορές που δε μπορώ να ελέγξω τι σκέφτομαι» ( $r = 0,72$ ). Ο βασικός αντίλογος της υλοποίησης των συσχετίσεων των σφαλμάτων είναι ότι πρόκειται ουσιαστικά για τροποποιήσεις που προκύπτουν από την ανάλυση των δεδομένων και όχι από τη θεωρία (Cole et al., 2007· Tomarken & Waller, 2003). Ωστόσο, και σύμφωνα με συστάσεις για τη δυνατότητα συσχετίσεων σφαλμάτων (Cortina 2002· Joreskog 1993) αυτές πραγματοποιήθηκαν στη βάση δυο βασικών οδηγιών: την εννοιολογική συσχέτιση/συνάφεια των στοιχείων και β) τη διατήρηση τους ως ξεχωριστά στοιχεία για το εννοιολογικό εύρος της διάστασης (MacCallum et al., 1992).

Τέλος, για την ολοκλήρωση της αξιολόγησης της μονοπαραγοντικότητας της καθεμιάς από τις 25 διαστάσεις, αξιολογήθηκε και ο δείκτης της κοινής διακύμανσης, (explained common variance [ECV]· Bentler, 2009). Ο συγκεκριμένος δείκτης δίνει πληροφορίες για το κατά πόσο το ποσοστό της διακύμανσης αποδίδεται σε έναν ισχυρό λανθάνων παράγοντα. Τιμές κοντά στο 1 υποδηλώνουν ισχυρή ύπαρξη παράγοντα (Bentler, 2009· Reise et al., 2010). Τα αποτελέσματα αυτής του του αξιολογικού δείκτη παρουσίασαν τιμές από 0,86 έως 0,97 για το σύνολο των 25 διαστάσεων. Ο Πίνακας 11 παρουσιάζει τα αποτελέσματα για τις 25 διαστάσεις. Όλες οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν σε περιβάλλον SEM με το πρόγραμμα Mplus εκδ. 8.2 (Muthen & Muthen, 2017).

### Πίνακας 11

Δείκτες Μονοπαραγοντικότητας των 25 Διαστάσεων του ΔΕΠ-5

Διαστάσεις	CFI	TLI	RMSEA	RMSEA 90% CI	SRMR	ECV
1. Ανησυχία	.99	.99	.03	.00-.05	.01	.93
2. Συναισθηματική Αστάθεια	.99	.99	.07	.04-.09	.01	.97
3. Εχθρότητα	.98	.97	.10	.07-.13	.03	.87
4. Εμμονική Επαναληπτικότητα	.97	.95	.14	.12-.17	.03	.91
5. Περιορισμένη	.99	.96	.09	.07-.12	.02	.95

### Συναισθηματικότητα

6. Ανασφάλεια Αποχωρισμού	.99	.99	.09	.07-.11	.01	.97
7. Ενδοτικότητα	.98	.97	.09	.06-.12	.02	.93
8. Ανηδονία	.99	.99	.10	.08-.12	.02	.96
9. Καταθλιπτικότητα	.99	.98	.13	.11-.16	.03	.96
10. Αποφυγή Οικειότητας	.99	.98	.14	.12-.16	.03	.96
11. Καχυποψία	.98	.97	.16	.13-.18	.04	.93
12. Απόσυρση	.99	.99	.08	.06-.10	.02	.95
13. Αναζήτηση Προσοχής	.98	.96	.12	.10-.15	.03	.94
14. Ψυχρότητα	.99	.99	.04	.00-.07	.02	.88
15. Δολιότητα	.99	.99	.05	.01-.08	.01	.96
16. Μεγαλομανία	.98	.96	.11	.09-.13	.03	.91
17. Χειριστικότητα	.98	.97	.10	.07-.13	.03	.87
18. Διασπαστικότητα	.99	.99	.12	.10-.15	.02	.97
19. Παρορμητικότητα	.99	.98	.13	.11-.15	.03	.97
20. Ανευθυνότητα	.98	.97	.15	.12-.18	.04	.95
21. Απαιτητική Τελειομανία	.99	.99	.05	.02-.08	.01	.96
22. Ρισκοκινδυνότητα	.99	.99	.08	.06-.11	.02	.96
23. Εκκεντρικότητα	.99	.99	.06	.04-.08	.02	.92
24. Γνωστική και Αντιληπτική Απορρύθμιση	.99	.98	.11	.08-.14	.02	.93
25. Ασυνήθιστες Εμπειρίες και Πεποιθήσεις	.99	.98	.07	.04-.10	.02	.90

*Σημείωση:*  $N = 457$ .  $CFI$ = Comparative Fit Index;  $TLI$ = Tucker-Lewis Index;  $RMSEA$ = Root Mean Square Error of Approximation;  $SRMR$ = Standardized Root Mean Square Residual;  $ECV$ = Explained Common Variance

### ***Ένα παράδειγμα κατασκευής διάστασης: Ανησυχία***

Αρχικά, ο εννοιολογικός ορισμός της ανησυχίας έχει ως εξής: Η συναισθηματική κατάσταση με χαρακτηριστικό στοιχείο τη διάχυτη αγωνία για κάτι ή κάποιον. Η ανησυχία είναι ένα συναίσθημα που προκαλείται από αρνητικές σκέψεις και εικόνες, κατά τις οποίες το πρόσωπο κάνει νοητικές προσπάθειες να αποφύγει μια επερχόμενη απειλή. Προκαλεί μια προσωρινή έλλειψη ηρεμίας και άνεσης στην αντιμετώπιση μιας συγκεκριμένης κατάστασης, όμως και γενικότερα μπορεί να ευθύνεται για μια μονιμότερη κατάσταση αναστάτωσης. Η

υπερβολική ανησυχία έχει υψηλή ένταση, συχνότητα και διάρκεια και σε αυτή τη μορφή της, συμπίπτει με το άγχος. Ως συναίσθημα ωστόσο, η ανησυχία αποτελεί ένα καθημερινό βίωμα για πολλούς ανθρώπους. Πολλές φορές τα άτομα έχουν ανάμεικτα συναισθήματα για την ανησυχία που βιώνουν. Από τη μία ενοχλούνται που σκέφτονται αρνητικά και δεν μπορούν να κοιμηθούν το βράδυ αλλά από την άλλη θεωρούν ότι αυτή η ανησυχία δεν είναι δίχως νόημα. Το συναίσθημα σε αυτές τις περιπτώσεις είναι αρνητικό και βιώνεται συνήθως με έντονο το στοιχείο της γενικευμένης αδυναμίας ελέγχου ή κατανόησης μιας κατάστασης ή του απροσδιόριστου και του ασαφούς. Υπερβολική ωστόσο θεωρείται η ανησυχία της οποίας η ένταση, η συχνότητα και η διάρκεια δεν αντιστοιχούν στην πραγματική πιθανότητα ή τις συνέπειες του να συμβεί ένα ψυχοπιεστικό για το άτομο γεγονός. Φυσικά, αυτή η συναισθηματική συνθήκη δε θα πρέπει να συγχέεται με καταστάσεις όπου υπάρχει πραγματικό και συγκεκριμένο αίτιο που θα πρέπει να επιδείξει κάποιος μια φυσιολογική ανησυχία και υπομονή, όπως πχ. μια αναμονή στη γέννα, η άφιξη ενός σημαντικού προσώπου κλπ. Η ειδοποιός διαφορά μεταξύ της φυσιολογικής συνθήκης της ανησυχίας και της γενικευμένης, είναι η διάχυτη αγωνία και οι δυσλειτουργικές εκτιμήσεις αποτελεσματικότητας του ατόμου για τον εαυτό του. Θα έλεγε κανείς ότι τα άτομα αυτά δε μπορούν να επεξεργαστούν και παράλληλα τους είναι δύσκολο να αντιληφθούν ότι είναι φυσιολογικό «να μην ανησυχούν για τα πάντα γύρω τους».

Συνώνυμα: αδημονία, λαχτάρα, πρεμούρα, βιασύνη, αγωνία, επιτακτικότητα, απαιτητικότητα, προσδοκία, επαγρύπνηση, αναστάτωση, καρδιοχτύπι, ανυπομονησία, αναστάτωση

Αντώνυμα: υπομονή, υπομονετικός, καρτερικότητα, εγκράτεια, αναμονή

Κατά τη φάση επιλογής των στοιχείων, αξιολογήθηκαν τα ακόλουθα κατασκευασμένα στοιχεία:

1. Είμαι διαρκώς σε επαγρύπνηση μήπως κάτι συμβεί

2. Πολλές φορές έχω ένα αίσθημα διάχυτης ανησυχίας, χωρίς να ξέρω το λόγο
3. Οι δικοί μου μου λένε ότι ανησυχώ υπερβολικά
4. Έχω μια μόνιμη αγωνία για το οτιδήποτε συμβαίνει γύρω μου
5. Συχνά αναρωτιέμαι ξανά και ξανά ότι αν δεν τα σκεφτώ όλα, κάτι θα πάει στραβά στο τέλος
6. Οι φίλοι μου λένε ότι επειδή σκέφτομαι διαρκώς τα προβλήματα μου, δεν περνάω καλά
7. Πιστεύω ότι αν δεν ανησυχώ, είμαι αναισθητος
8. Μερικές φορές νομίζω ότι θα σκάσω από την αγωνία
9. Μπορεί οι άλλοι να λένε ότι ανησυχώ υπερβολικά, αλλά έτσι λειτουργώ καλύτερα
10. Μου είναι δύσκολο να μην αγχώνομαι όταν περιμένω κάτι
11. Τις περισσότερες φορές τα βράδια που ξαπλώνω, το μυαλό μου σταματάει να σκέφτεται διάφορα
12. Είμαι σε μια μόνιμη αναστάτωση, χωρίς να μου είναι πάντα ξεκάθαρος ο λόγος
13. Μονίμως έχω το μυαλό μου απασχολημένο με διάφορα πράγματα και σκέψεις

Από τα παραπάνω στοιχεία, διατηρήθηκαν τα στοιχεία 1 έως 11 καθώς είχαν Μ.Ο. > 2 και < 3. Στη συνέχεια, τα ίδια στοιχεία αξιολογήθηκαν ως προς τη συσχέτιση τους με την κλίμακα SDS. Για τον σκοπό αυτό εφαρμόστηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson r. Όλα τα στοιχεία βρέθηκαν να έχουν χαμηλή συσχέτιση (< 0,40) με την κλίμακα SDS. Επομένως, διατηρήθηκαν για την αξιολόγησή τους στη διερευνητική ανάλυση κύριων συνιστωσών. Η PCA για τα συγκεκριμένα στοιχεία είχε ως εξής:

### Πίνακας 12

Ανάλυση Κύριων Συνιστωσών για τη διάσταση «Ανησυχία»

Στοιχεία	Συνιστώσα	
	1	2
ΔΕΠ 9	<b>0,790</b>	0,069

ΔΕΠ 3	<b>0,790</b>	0,081
ΔΕΠ 4	<b>0,769</b>	0,266
ΔΕΠ 8	<b>0,761</b>	0,055
ΔΕΠ 1	<b>0,687</b>	- 0,384
ΔΕΠ 6	<b>0,634</b>	- 0,092
ΔΕΠ 7	<b>0,544</b>	0,010
ΔΕΠ 2	<b>0,532</b>	- 0,043
ΔΕΠ 12	0,536	0,288
ΔΕΠ 10	0,445	- 0,495
ΔΕΠ 11	0,269	0,584

Σημείωση: με έντονο χρώμα οι σημαντικές παραγοντικές φορτίσεις

Από την ανάλυση κύριων συνιστωσών (Πίνακας 12), προκύπτουν 8 στοιχεία με παραγοντική φόρτιση στην πρώτη συνιστώσα > 0,50. Στη συνέχεια, επιλέγονται τα πρώτα τέσσερα στοιχεία (πρωτότυπη διάσταση) με την υψηλότερη φόρτιση > 0,70 (ΔΕΠ9, ΔΕΠ3, ΔΕΠ4, ΔΕΠ8) καθώς και τέσσερα επιπλέον με μέτρια παραγοντική φόρτιση (0,50 – 0,60) (ΔΕΠ1, ΔΕΠ6, ΔΕΠ7, ΔΕΠ2). Στο επόμενο βήμα εξετάστηκαν οι συσχετίσεις αυτών των οχτώ στοιχείων με όλες τις αντίστοιχες κατασκευασμένες διαστάσεις των υπόλοιπων τομέων.

### Πίνακας 13

Ενδοσυσχετίσεις Στοιχείων Διάστασης «Ανησυχίας» με τις Υπόλοιπες Διαστάσεις

	ΔΕΠ9	ΔΕΠ3	ΔΕΠ4	ΔΕΠ8	ΔΕΠ1	ΔΕΠ6	ΔΕΠ7	ΔΕΠ2
Διάσταση 1	<b>0,570</b>	<b>0,841</b>	<b>0,819</b>	<b>0,575</b>	<b>0,623</b>	<b>0,811</b>	<b>0,848</b>	<b>0,560</b>
Διάσταση 2	0,247	0,359	0,428	0,344	0,350	0,399	0,399	0,337
Διάσταση 3	0,191	0,250	0,271	0,223	0,201	0,310	0,303	0,250
Διάσταση 4	0,248	0,436	0,484	0,411	0,313	0,473	0,419	0,400
Διάσταση 5	0,058	0,135	0,190	0,187	0,094	0,086	0,187	0,096
Διάσταση 6	0,251	0,354	0,411	0,270	0,258	0,374	0,354	0,365
Διάσταση 7	0,176	0,286	0,298	0,245	0,279	0,191	0,344	0,183
Διάσταση 8	0,147	0,330	0,380	0,301	0,255	0,295	0,269	0,170
Διάσταση 9	0,187	0,371	0,415	0,322	0,224	0,318	0,286	0,197
Διάσταση 10	0,083	0,085	0,201	0,201	0,166	0,124	0,137	0,083
Διάσταση 11	0,255	0,276	0,387	0,285	0,292	0,354	0,342	0,233
Διάσταση 12	0,154	0,202	0,278	0,202	0,199	0,194	0,194	0,135
Διάσταση 13	0,186	0,184	0,282	0,196	0,173	0,246	0,187	0,232
Διάσταση 14	-0,042	0,072	0,114	0,140	0,073	0,089	0,083	0,001
Διάσταση 15	0,069	-0,013	0,085	0,168	0,084	0,057	0,018	0,033
Διάσταση 16	0,132	0,139	0,237	0,105	0,097	0,123	0,159	0,062
Διάσταση 17	0,053	0,033	0,074	0,143	0,105	0,133	0,077	0,092

Διάσταση 18	0,123	0,189	0,340	0,212	0,159	0,314	0,156	0,204
Διάσταση 19	0,078	0,056	0,166	-0,002	0,073	0,250	0,117	0,130
Διάσταση 20	-0,032	-0,028	0,191	0,101	0,044	0,153	-0,008	0,117
Διάσταση 21	0,323	0,301	0,332	0,319	0,280	0,300	0,488	0,257
Διάσταση 22	-0,111	-0,280	-0,192	-0,156	-0,164	-0,080	-0,246	-0,264
Διάσταση 23	0,107	0,133	0,239	0,234	0,129	0,157	0,138	0,067
Διάσταση 24	0,169	0,276	0,370	0,322	0,212	0,353	0,262	0,209
Διάσταση 25	0,147	0,153	0,255	0,199	0,140	0,300	0,208	0,145

Σημείωση: η πραγματοποίηση των συσχετίσεων έγινε μεταξύ αντίστοιχων πρωτότυπων διαστάσεων

Σύμφωνα με τον Πίνακα 13, όλες οι συσχετίσεις των στοιχείων της διάστασης της Ανησυχίας, παρουσιάζουν μέτρια προς υψηλή συσχέτιση ( $r = 0,56 - 0,85$ ) με τη διάσταση που ανήκουν και χαμηλές σε όλες τις άλλες διαστάσεις. Υπήρξαν ωστόσο και στοιχεία που εμφάνισαν μέτριες συσχετίσεις (π.χ.,  $r = 0,488$ ) με άλλες διαστάσεις. Τα στοιχεία αυτά αξιολογήθηκαν για την εννοιολογική τους σχέση (content validity) με τις λοιπές διαστάσεις και διατηρήθηκαν λόγω της ισχυρής εννοιολογικής τους σχέσης με τη διάσταση στην οποία παρουσίαζαν την υψηλότερη συσχέτιση. Στο τελικό βήμα της κατασκευής της διάστασης και προκειμένου να αριθμεί έως 6-7 στοιχεία η κάθε διάσταση, αφαιρέθηκε ένα στοιχείο που παρουσίαζε εννοιολογική συνάφεια με άλλα στοιχεία και ταυτόχρονα τη χαμηλότερη συσχέτιση (0,56) και τη χαμηλότερη παραγοντική φόρτιση (0,53) με τη διάσταση στην οποία ανήκει. Το στοιχείο αυτό ήταν το στοιχείο ΔΕΠ2: «Πολλές φορές έχω ένα αίσθημα διάχυτης ανησυχίας, χωρίς να ξέρω το λόγο».

Στη συνέχεια αξιολογήθηκε η μονοπαραγοντικότητα της κατασκευασμένης διάστασης.

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των δεικτών καλής εφαρμογής του μοντέλου της Ανησυχίας.

#### Πίνακας 14

Δείκτες καλής εφαρμογής για τη Διάσταση Ανησυχία

Στοιχεία Διάστασης	Αλγόριθμος Υπολογισμού	RMSEA	CFI	TLI	SRMR	ECV
ΔΕΠ9, ΔΕΠ3, ΔΕΠ4,	WLSMV	0,025	0,998	0,997	0,014	0,93

---

ΔΕΠ 8, ΔΕΠ1,

ΔΕΠ6, ΔΕΠ 7

---

*Σημείωση<sup>1</sup>*: WLSMV: robust weighted least squares algorithm, RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation, SRMR: Standardized Root Mean-Square Residual, CFI: Comparative Fit Index, TLI: Tucker-Lewis Index, ECV: explained common variance

*Σημείωση<sup>2</sup>*: Πραγματοποιήθηκε μια συσχέτιση συνδυακόμενης σφαλμάτων μεταξύ ΔΕΠ1-ΔΕΠ4 ( $r = 0,72$ )

Από τα αποτελέσματα του Πίνακα 14, προκύπτει η καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα καθώς όλοι οι δείκτες είναι μέσα στα αποδεκτά όρια. Ταυτόχρονα η διερεύνηση της μονοπαραγοντικότητας των δεδομένων υποστηρίζεται και από τον δείκτη ECV, καθώς η τιμή είναι πολύ κοντά (0,93) στην τιμή 1.

Στο τελικό στάδιο για την ενίσχυση της μοναδικότητας της διάστασης, αξιολογήθηκαν το εύρος της παραγοντικής φόρτισης της διάστασης καθώς και οι συσχετίσεις της με τις υπόλοιπες διαστάσεις. Τα αποτελέσματα παρουσίασαν εύρος παραγοντικής φόρτισης 0,76 – 0,79, συσχέτιση μεταξύ διαστάσεων ίδιου τομέα  $r = 0,25 - 0,60$  και συσχέτιση μεταξύ διαστάσεων άλλων τομέων  $r = 0,17 - 0,48$ . Οι τιμές αυτές ουσιαστικά ενισχύουν περαιτέρω την σύνθεση-δυναμική της διάστασης να εντοπίζεται σε έναν a priori τομέα και ταυτόχρονα να συσχετίζεται μέτρια με άλλους.

#### **5.4. Συμπεράσματα δεύτερης εμπειρικής μελέτης**

Κατά το δεύτερο στάδιο της δεύτερης μελέτης αξιολογήθηκε η ποιότητα των στοιχείων που κατασκευάστηκαν στο προηγούμενο στάδιο ως προς την ικανότητα τους κατά πρώτο να δημιουργήσουν πρωτότυπες διαστάσεις και κατά δεύτερο να υποστηρίξουν τη μονοπαραγοντικότητα της καθεμιάς διάστασης. Κατά την πρώτη κατασκευαστική φάση επιλέχθηκαν τέσσερα στοιχεία με υψηλή εννοιολογική σχέση με τη διάσταση που ανήκαν και συμπληρώθηκαν με άλλα τέσσερα προκειμένου να κατασκευαστεί η διάσταση. Η επιλογή αυτής

της κατασκευαστικής στρατηγικής ανέδειξε διαστάσεις που στο σύνολό τους παρουσίασαν υψηλή εννοιολογική συνοχή και ταυτόχρονα ευρύτητα ως προς το ύψος και τον τρόπο περιγραφής της έννοιας που υποστήριζαν. Επιπλέον, το γεγονός ότι υπάρχει χαμηλή συσχέτιση των στοιχείων της κάθε διάστασης με τις άλλες διαστάσεις εκτιμάται ότι θα ενισχύσει την αξιοπιστία της κάθε διάστασης στις επόμενες μελέτες που θα ακολουθήσουν. Ήδη κατά τη δεύτερη κατασκευαστική φάση η πρώτη ψυχομετρική απόπειρα διερεύνησης αυτής της εννοιολογικής συνοχής ανέδειξε διαστάσεις με καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα. Το γεγονός ότι επιλέχθηκε η CFA σα μέθοδος αξιολόγησης της μονοπαριγοντικότητας της διάστασης δε σημαίνει ταυτόχρονα και τη μονοδιαστατικότητα, όσο την επιβεβαίωση ότι η συγκεκριμένη δομή στοιχείων έχει καλή προσαρμογή (Ziegler & Hagemann, 2016). Για το λόγο αυτό, και προκειμένου να ενισχυθεί περαιτέρω η ποιότητα των δεικτών, υιοθετήθηκαν επιπλέον στατιστικοί δείκτες, όπως το εύρος των παραγοντικών φορτίσεων ανά διάσταση (range of factor loadings), το εύρος των συσχετίσεων μεταξύ διαστάσεων στον ίδιο τομέα (range of correlations), τον μέσο όρο των συσχετίσεων των διαστάσεων μεταξύ ίδιων τομέων (mean inter-facet correlations within the domain), το εύρος των συσχετίσεων των διαστάσεων στους άλλους τομείς (range of correlations in other domains), και τέλος τον μέσο όρο των συσχετίσεων μεταξύ διαστάσεων διαφορετικών τομέων (mean inter-facet correlations in other domains).

Σα συμπέρασμα ολοκληρώνοντας τη δεύτερη εμπειρική μελέτη, αναδείχθηκε η δυναμική των πρωτότυπων διαστάσεων να απαρτίσουν μια ολοκληρωμένη εννοιολογικά και ψυχομετρικά διάσταση. Το επόμενο στάδιο κατασκευής του εργαλείου θα διερευνήσει περαιτέρω τη δυνατότητα των διαστάσεων να αναδείξουν ανώτερους τομείς και κατά συνέπεια να επιβεβαιώσουν το ΕΜΔΠ ως θεωρητικό μοντέλο των δεδομένων της έρευνας.



### ***3<sup>η</sup> Εμπειρική Μελέτη: Διερεύνηση της Παραγοντικής Δομής των Διαστάσεων του ΔΕΠ-5***

#### ***6.1. Εισαγωγή***

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνησης της παραγοντικής δομής (factor structure) του ΔΕΠ-5. Παραδοσιακά, στατιστικές τεχνικές όπως η ανάλυση κύριων συνιστωσών (principal components analysis-PCA), η διερευνητική ανάλυση παραγόντων (exploratory factor analysis-EFA), αλλά και η επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων (confirmatory factor analyses-CFA) έχουν αποτελέσει τις κύριες μεθόδους κατασκευής ψυχομετρικών εργαλείων και διερεύνηση της παραγοντικής τους δομής. Η CFA, αν και έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς στην τεκμηρίωση της παραγοντικής δομής ψυχομετρικών εργαλείων και συμβάλλει με επιτυχία στην στήριξη της εγκυρότητας περιεχομένου, δεν καταφέρνει πάντα να υποστηρίξει την επάρκειά της όταν πρόκειται να χρησιμοποιηθεί για την επιβεβαίωση της παραγοντικής δομής σύνθετων θεωρητικών μοντέλων, όπως για παράδειγμα αυτό του ΜΠΠ (Hopwood & Donnellan, 2010· McCrae et al., 1996· Vassend & Skrandal, 1997). Τα τελευταία χρόνια ωστόσο, υπήρξε μια προσπάθεια συγκερασμού των μεθοδολογικών και στατιστικών ζητημάτων γύρω από τις τεχνικές κατασκευής ερωτηματολογίων αξιοποιώντας τις γνώσεις που προέρχονται από τις παραδοσιακές μεθόδους όπως την EFA και την CFA.

Η προσπάθεια αυτή ανέδειξε μια νέα προσέγγιση στην τεκμηρίωση της παραγοντικής δομής των εργαλείων, την Διερευνητική Μοντελοποίηση Δομικών Εξισώσεων (Exploratory Structural Equation Modeling- [ESEM], Asparouhov & Muthén, 2009), που ουσιαστικά είναι μια σύνθεση της EFA και CFA, και η οποία φιλοδοξεί να επιλύσει μια σειρά από μεθοδολογικά ζητήματα που έχουν να κάνουν με τη μέτρηση των λανθανουσών μεταβλητών κυρίως σε πολύπλοκα θεωρητικά μοντέλα, όπως αυτά της προσωπικότητας. Η συγκεκριμένη τεχνική

χρησιμοποιείται για την ανάλυση και αξιολόγηση των λανθανουσών μεταβλητών, χρησιμοποιώντας στοιχεία της διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων (EFA), σε ένα πλαίσιο μοντέλων δομικών εξισώσεων, προκειμένου να αξιολογηθεί το μοντέλο μέτρησης (measurement model). Μια καλή εφαρμογή του δομικού μοντέλου στα δεδομένα της έρευνας πρακτικά αποτελεί τεκμηρίωση ότι το μοντέλο που εξετάζεται μπορεί να επιβεβαιωθεί και σε άλλες συνθήκες μέτρησης. Με αυτόν τον τρόπο η ESEM αξιοποιεί και στοιχεία της επιβεβαιωτικής ανάλυσης παραγόντων (CFA) καθώς προσπαθεί να εντοπίσει και να επιβεβαιώσει ένα προκαθορισμένο πλαίσιο σχέσεων ανάμεσα στις παρατηρούμενες (observed) μεταβλητές και στις λανθάνουσες (latent) μεταβλητές.

Η ESEM αναπτύχθηκε από τους Asparouhoun and Muthén (2009) στη λογική της αξιοποίησης των προτερημάτων της CFA (π.χ., προβλεπτικές σχέσεις μεταξύ παραγόντων, μοναδικότητα σχέσεων μεταξύ στοιχείων, υπολογισμός σφαλμάτων διακυμάνσεων σε πολύπλοκα μοντέλα, υπολογισμός μετρικής ισοδυναμίας,) και της EFA (π.χ., ελεύθερη συσχέτιση μεταξύ παραγοντικών φορτίσεων) σε περιβάλλον μοντέλων δομικών εξισώσεων (structural equation modeling-SEM). Με την ESEM, μια σειρά από μεθοδολογικά ζητήματα μεταξύ EFA και CFA βρήκαν ένα κοινό πεδίο συνύπαρξης στην προσπάθεια βέλτιστης παραγοντικής τεκμηρίωσης ενός μοντέλου αξιοποιώντας τη μέθοδο της περιστροφής που επιτρέπει η EFA, περιορίζοντας ταυτόχρονα τις αυστηρές προϋποθέσεις που θέτει προκαταβολικά η CFA στην επιβεβαίωση ενός μοντέλου (Asparouhoun & Muthén, 2009· Morin et al., 2020). Με αυτό το σκεπτικό, οι Marsh et al. (2014) υποστηρίζαν ότι η ESEM αν και κατά βάθος είναι μια επιβεβαιωτική μέθοδος ανάλυσης παραγόντων (που όμως χρησιμοποιείται και διερευνητικά), αποτελεί την πιο ενδεδειγμένη και ευέλικτη τεχνική για την ανάλυση της δομής εργαλείων προσωπικότητας.

Αυτό υποστηρίζεται κυρίως για το λόγο ότι μέσω της περιστροφής των αξόνων (target rotation), το προς διερεύνηση μοντέλο μπορεί να μελετηθεί με έναν επιβεβαιωτικό τρόπο επιτρέποντας τις δευτερογενείς φορτίσεις (cross-loadings) μεταξύ των στοιχείων. Με αυτόν τον τρόπο, οι δευτερογενείς φορτίσεις μεταξύ των στοιχείων (ακόμα και μεταξύ διαφορετικών παραγόντων) περιορίζονται σε μια τιμή κοντά στο μηδέν (και όχι ακριβώς στο μηδέν που ισχύει στην CFA) και έτσι μπορεί να υπάρχει εξ' αρχής μεγαλύτερη ευελιξία στην αναμενόμενη παραγοντική δομή του εργαλείου (Asparouhoun & Muthén, 2009). Επιπλέον, καθώς η τεχνική ESEM υιοθετεί χαρακτηριστικά της CFA, τα μοντέλα που εξετάζονται μπορούν να αξιολογηθούν αλλά και να συγκριθούν στη βάση των παραδοσιακών δεικτών καλής προσαρμογής (model fit indices). Μάλιστα κατά τους εμπνευστές της τεχνικής, όταν η ESEM αποδεικνύεται πιο αποτελεσματική από τη CFA στην ανάδειξη του μοντέλου, τότε και η σχέση μεταξύ των παραγόντων τείνει να είναι και πιο αξιόπιστη από ότι στο μοντέλο της CFA.

Παράλληλα, καθώς η τεχνική ESEM αξιοποιεί και προτερήματα της EFA, είναι δυνατή η επιλογή διαφορετικών τρόπων περιστροφής των αξόνων, τεχνική που αποτελεί βασική και σημαντική στρατηγική για τη διαχείριση της σχέσης των παραγόντων και των παραγοντικών φορτίσεων των στοιχείων τους, η ESEM επιτρέπει την υιοθέτηση τόσο πλάγιων (geomin-target) αλλά και ορθογώνιων (orthogonal) περιστροφών (Xiao et al., 2019). Ειδικά για τα σύνθετα και πολύπλοκα μοντέλα, όπως αυτά της προσωπικότητας, οι Asparouhoun και Muthén (2009) υποστηρίζουν ότι η επιλογή της πλάγιας (target) περιστροφής επιβεβαιώνει καλύτερα προϋπάρχουσες θεωρητικές σχέσεις μεταξύ δευτερογενών φορτίσεων και παραγόντων.

Σε αυτό το πλαίσιο, οι Van Zyl και Klooster (2022) υποστηρίζουν ότι, η ESEM αποτελεί μία στιβαρή, ευέλικτη και ισχυρή τεχνική καθώς μπορεί ταυτόχρονα να λειτουργήσει με όρους CFA και EFA στον υπολογισμό των μοντέλων, να υπολογίσει λιγότερο αυστηρά μοντέλα που

επιτρέπουν τις δευτερογενείς φορτίσεις στοιχείων, καθώς και να αναδείξει μοντέλα πιο κοντά στις θεωρητικές κατασκευές που καλείται να μετρήσει το όργανο μέτρησης. Μάλιστα οι Marsh et al. (2009) υποστήριξαν ότι η τεχνική ESEM ενδείκνυται σε σχέση με την CFA όταν πρόκειται για πολύπλοκα μοντέλα όπως αυτά της προσωπικότητας. Αυτό οφείλεται κυρίως στο ότι η ESEM καταφέρνει να δώσει λύση σε δυο από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η CFA στην ανάλυση πολύπλοκων μοντέλων προσωπικότητας: α) τη γενικότερη αδυναμία προσαρμογής του μοντέλου (lack of model fit), και β) τις πολλαπλές συσχετίσεις μεταξύ παραγόντων (inter-factor correlations).

Αναφορικά με το πρώτο, η ESEM επιτρέποντας τις διασταυρούμενες σχέσεις μεταξύ των στοιχείων και διαφορετικών παραγόντων, και ορίζοντας αυτές τις σχέσεις να είναι κοντά στο μηδέν (σε αντίθεση με τη CFA που τις θεωρεί μηδέν), δημιουργείται ουσιαστικά ο χώρος για περισσότερη ελευθερία συσχετίσεων (Marsh et al., 2010· Marsh & Hau, 2007). Κατά δεύτερο, η απελευθέρωση των σχέσεων μεταξύ παραγόντων στην ESEM, επιτρέπει μεγαλύτερη ευελιξία αντί της απόλυτης σχέσης που απαιτείται σε περιβάλλον CFA (Marsh et al., 2010).

Κατά συνέπεια, η τεχνική της ESEM προσφέρει μία εναλλακτική μέθοδο ανάλυσης, η οποία προσπαθεί να συμβιβάσει από τη μία την μηχανιστική προσέγγιση της EFA για την εύρεση της καλύτερης παραγοντικής λύσης μέσω των διαδοχικών περιστροφών των παραγόντων και από την άλλη του περιοριστικού πλαισίου σχέσεων που απαιτεί ο καθορισμός ενός μετρικού μοντέλου στο πλαίσιο της CFA (Morin et al., 2020). Τέλος, η τεχνική της ESEM επιλέχθηκε στην παρούσα μελέτη και για έναν ακόμα λόγο, καθώς αποτελεί μια ψυχομετρική προσέγγιση που χρησιμοποιείται ολοένα και συχνότερα για τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ παρατηρούμενων και λανθανουσών μεταβλητών σε μοντέλα όπου υπάρχει πολυπλοκότητα (Booth & Hughes 2014· Gomes & Gjirikuria, 2017).

Επιπλέον, η μελέτη αυτή ασχολήθηκε και με τη διερεύνηση του ερωτήματος κατά πόσο η παραγοντική δομή του εργαλείου είναι ίδια για διαφορετικές ομάδες πληθυσμού, και πιο συγκεκριμένα ως προς το φύλο. Με άλλα λόγια, για το αν τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες αντιλαμβάνονται με τον ίδιο τρόπο τις παθολογικές έννοιες των διαστάσεων του ΔΕΠ-5 (Bagby et al.,2022· Suzuki et al.,2019· Thimm et al.,2016). Για την απάντηση στο ερώτημα αυτό χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της μετρικής ισοδυναμίας (measurement invariance) (Byrne et al., 1989· Cheung & Rensvold, 1999· Meredith & Teresi, 2006). Η διερεύνηση της μετρικής ισοδυναμίας είναι ένα απαραίτητο βήμα στην ανάπτυξη ενός εργαλείου, καθώς μόνο όταν διασφαλίζεται η ψυχομετρική σταθερότητα στις μετρήσεις, μπορούμε να προχωρήσουμε σε συγκρίσεις μεταξύ ομάδων (π.χ., άνδρες – γυναίκες) και να εξάγουμε συμπεράσματα για τις όποιες διαφορές μεταξύ τους. Σε διαφορετική περίπτωση, τα αποτελέσματα μπορούν να αμφισβητηθούν καθώς δεν παρέχουν τις απαιτούμενες προϋποθέσεις ότι τα άτομα των ομάδων αντιλαμβάνονται με τον ίδιο τρόπο την υπό μέτρηση έννοια. Σύμφωνα με τους Meredith και Millsap (1992) η μετρική ισοδυναμία αποτελεί τη βασική προϋπόθεση για την ικανότητα ενός ψυχομετρικού εργαλείου να αναδεικνύει διαφορές μεταξύ ομάδων ατόμων ως προς την υπό διερεύνηση έννοια.

Με αυτό το σκεπτικό, στη συγκεκριμένη μελέτη, πραγματοποιήθηκε η διερεύνηση της μετρικής ισοδυναμίας μεταξύ ανδρών και γυναικών. Η διερεύνηση της μετρικής ισοδυναμίας πραγματοποιήθηκε σε περιβάλλον ESEM (Marsh et al.,2014), καθώς μέσα στο περιβάλλον της ESEM δίνεται η δυνατότητα του ελέγχου των παραμέτρων ανεξάρτητα για διαφορετικές ομάδες σύγκρισης και σταδιακά να επιβάλλονται αυστηρότερες παράμετροι για την αξιολόγησή της (Byrne,2012). Πιο συγκεκριμένα, διερευνήθηκαν τρία διαφορετικά επίπεδα ανάλυσης ή αλλιώς

παραμετρικών περιορισμών: α) η configural ισοδυναμία, β) η metric ισοδυναμία και γ) η scalar ισοδυναμία (Meredith, 1993· van de Schoot et al., 2012).

Κατά το πρώτο στάδιο (configural ισοδυναμία) ελέγχεται κατά πόσο το εννοιολογικό μοντέλο του ΕΜΔΠ με την ίδια παραγοντική δομή αλλά με ελεύθερους περιορισμούς των παραμέτρων του μοντέλου, παρουσιάζει καλή προσαρμογή στις ομάδες της έρευνας. Στην περίπτωση που προκύψει τεκμηρίωση της συγκεκριμένης ισοδυναμίας, τότε επιβεβαιώνεται η κοινή αντίληψη των εννοιών του ΕΜΔΠ και από τις δυο ομάδες πληθυσμού και η ανάλυση συνεχίζεται με το δεύτερο επίπεδο. Στο δεύτερο στάδιο (metric ισοδυναμία) αξιολογούνται κατά πόσο τα στοιχεία του ερωτηματολογίου έχουν την ίδια εννοιολογική βαρύτητα για τις δυο ομάδες πληθυσμού, περιορίζοντας τις παραγοντικές φορτίσεις και στις δυο ομάδες. Εφόσον επιβεβαιωθεί και η συγκεκριμένη ισοδυναμία, αυτό πρακτικά σημαίνει ότι τα άτομα και των δυο ομάδων της έρευνας απαντούν στα στοιχεία της κλίμακας με τον ίδιο τρόπο. Τότε μπορεί να πραγματοποιηθεί και η τρίτη κατά σειρά ανάλυση. Το τρίτο στάδιο (scalar ισοδυναμία) αξιολογεί τις επιδόσεις των ατόμων από τις διαφορετικές ομάδες σε σχέση με τα στοιχεία (25 διαστάσεις) του ερωτηματολογίου αλλά και τις λανθάνουσες μεταβλητές (5 παράγοντες) με τον περιορισμό των διατομών (intercept) των στοιχείων και για τις δυο ομάδες. Η επίτευξη της scalar ισοδυναμίας σημαίνει ότι οι διαφορές στους μέσους όρους των παραγόντων ευθύνονται για τις διαφορές στους μέσους όρους των στοιχείων. Επιβεβαίωση και του τρίτου επιπέδου ισοδυναμίας ουσιαστικά τεκμηριώνει ότι τα άτομα παρουσιάζουν τις ίδιες επιδόσεις στις διαστάσεις και τους παράγοντες του ερωτηματολογίου ανεξαρτήτως φύλου (Meredith, 1993· Millsap, 1998).

Η αξιολόγηση σε όλα τα στάδια πραγματοποιήθηκε με βάση τους δείκτες καλής προσαρμογής (Hu & Bentler, 1999). Επειδή πραγματοποιούνται πολλαπλές επιβεβαιωτικές

αναλύσεις όπου σε κάθε ανάλυση χρησιμοποιείται και διαφορετικό επίπεδο περιορισμών των παραμέτρων, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η αξιολόγηση των μοντέλων έγινε σε διαδοχική σειρά και αξιολογήθηκε σε σχέση με το προηγούμενο με βάση τον υπολογισμό της διαφοράς των δεικτών καλής προσαρμογής (Chen, 2007). Οι δείκτες που υιοθετήθηκαν για την αξιολόγηση της συγκεκριμένης ανάλυσης ήταν οι διαφορές που παρατηρήθηκαν στους δείκτες καλής προσαρμογής  $\Delta CFI$ ,  $\Delta RMSEA$  και  $\Delta SRMR$  μεταξύ των συγκρινόμενων μοντέλων (π.χ., configural vs. metric). Οι συγκεκριμένοι δείκτες δεν επηρεάζονται από το μέγεθος του δείγματος, και μπορούν να παρέχουν αξιόπιστα συμπεράσματα (Brannick 1995· Fan & Sivo, 2009· Hu & Bentler 1999). Με τη χρήση αυτών των δεικτών και για να υπάρξει μετρική ισοδυναμία σε δείγματα έρευνας >300, θα πρέπει η διαφορά μεταξύ των διαδοχικών μοντέλων αξιολόγησης να έχει τις εξής τιμές: για τον δείκτη  $\Delta CFI \leq 0,01$ , για τον δείκτη  $\Delta RMSEA \leq 0,02$  και τέλος για τον δείκτη  $\Delta SRMR \leq 0,03$  (Chen, 2007). Η αξιολόγηση της μετρικής ισοδυναμίας του εργαλείου ολοκληρώθηκε με τη σύγκριση των μέσων όρων των δύο φύλων σε επίπεδο λανθανουσών μεταβλητών. Όλες οι ανωτέρω αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το λογισμικό πρόγραμμα Mplus 8.5 (Muthen & Muthen, 2020).

## **6.2. Μέθοδος**

### **6.2.1. Συμμετέχοντες και Διαδικασία**

Οι συμμετέχοντες στη συγκεκριμένη μελέτη ήταν γενικός πληθυσμός που προήλθε από συμπτωματική δειγματοληψία. Πιο συγκεκριμένα, ο πληθυσμός της έρευνας προήλθε από χρήστες στο διαδίκτυο που συμμετείχαν μέσω πρόσκλησης από ενεργή ιστοσελίδα google docs στις πλατφόρμες του Facebook, Instagram και Twitter. Το δείγμα της έρευνας ανήλθε σε 480 ενήλικες, εκ των οποίων οι 120 (25%) ήταν άνδρες και 360 (75%) γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν τα 50 έτη ( $T.A. = 12,7$ ) και το εύρος των ηλικιών κυμαινόταν

από 18 έως 80 ετών. Από το σύνολο των συμμετεχόντων που έλαβαν μέρος στην έρευνα, 122 (25,4%) ήταν απόφοιτοι Λυκείου, 234 (48,7%) ήταν απόφοιτοι ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων (ΑΕΙ) και 124 (25,8%) ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου. Όπως και στις δύο προηγούμενες εμπειρικές μελέτες, οι συμμετέχοντες που δέχονταν να λάβουν μέρος στην έρευνα ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της έρευνας, τη διασφάλιση της ανωνυμίας τους, τη διαχείριση των απαντήσεων τους, καθώς και το δικαίωμά τους για υπαναχώρηση από οποιοδήποτε στάδιο της έρευνας. Δεν έλαβαν κάποιο ανταποδοτικό όφελος για τη συμμετοχή τους.

### **6.2.2. Εργαλείο**

Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το Διαγνωστικό Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας (ΔΕΠ-5) αυτό-αναφοράς που προέκυψε από τις αναλύσεις του προηγούμενου σταδίου και περιελάμβανε 160 στοιχεία για τις 25 διαστάσεις. Οι συμμετέχοντες καλούνταν να απαντήσουν σε κάθε ένα στοιχείο με τη χρήση μιας διαβαθμισμένης απαντητικής κλίμακας 4 σημείων (Likert type) με τιμές που κυμαίνονταν από 1 = «καθόλου αντιπροσωπευτικό για εμένα», έως 4 = «πολύ αντιπροσωπευτικό για εμένα». Ο χρόνος για τη συμπλήρωση του διαδικτυακού ερωτηματολογίου δεν ξεπερνούσε τα 30 λεπτά.

### **6.3. Σχεδιασμός Ανάλυσης**

Στόχος σε αυτό το στάδιο ήταν η διερεύνηση της παραγοντικής δομής του εργαλείου. Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκαν μια σειρά από ψυχομετρικές αναλύσεις προκειμένου να αναδειχθεί το βέλτιστο μοντέλο το οποίο και θα υποστήριζε τα δεδομένα της έρευνας. Για την εφαρμογή των αναλύσεων, αρχικά εξετάστηκαν μια σειρά από βασικές στατιστικές προϋποθέσεις για την ποιότητα και επάρκεια των δεδομένων πριν την εφαρμογή της κύριας ανάλυσης (Hoyle, 2000). Ως μια πρώτη προϋπόθεση, αξιολογήθηκε η αναλογία



παρατηρούμενων μεταβλητών και αριθμού συμμετεχόντων του δείγματος. Για να μπορεί να είναι αποδεκτή μια αναλογία, θα πρέπει αυτή η αναλογία να είναι τουλάχιστον 1 προς 5 (Gorsuch, 1983· Kline, 1993). Στην παρούσα μελέτη η αναλογία ήταν 25 παρατηρούμενες μεταβλητές και 423 συμμετέχοντες (ratio 1/16,9). Μια ακόμα προϋπόθεση, αφορούσε τον έλεγχο των ακραίων τιμών (outliers) στα δεδομένα. Για την αξιολόγησή τους υιοθετήθηκε το στατιστικό κριτήριο Mahalanobis distance το οποίο δίνει πληροφορίες για στατιστικά σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των συμμετεχόντων σε σχέση με το μέσο όρο του δείγματος της έρευνας. Ο έλεγχος τους συγκεκριμένου δείκτη ανέδειξε 57 συμμετέχοντες που εμφάνισαν τιμή πάνω από το αποδεκτό όριο ( $<1$ ). Οι τιμές αυτές θεωρήθηκαν ακραίες και για το λόγο αυτό αφαιρέθηκαν από τη βάση δεδομένων και περαιτέρω αναλύσεων.

Η δεύτερη προϋπόθεση που εξετάστηκε ήταν ο έλεγχος της πολυμεταβλητής κανονικότητας (multivariate normality) για τη διερεύνηση της κατανομής των δεδομένων (κανονική, λεπτόκυρτη, ασύμμετρη). Η εξέταση της κανονικότητας των μεταβλητών δίνει πληροφορίες για τη μέθοδο που θα υιοθετηθεί στην ανάλυση, όπως π.χ. για την κανονική κατανομή είναι η μέθοδος της μεγίστης πιθανοφάνειας (maximum likelihood). Για το σκοπό αυτό, εξετάστηκαν η κύρτωση (kurtosis) καθώς και η ασυμμετρία (skewness) των δεδομένων με την εφαρμογή του κριτηρίου Mardia (Mardia 1970). Για την αποδοχή της αρχής της κανονικότητας, οποιαδήποτε τιμή  $< 3$ , θεωρείται αποδεκτή (Looney, S. W. (1995· Mecklin & Mundfrom, 2005). Τα αποτελέσματα αυτής της εξέτασης για όλες τις μεταβλητές της έρευνας ήταν 250,90 για  $p < 0,001$ , τιμή μεγαλύτερη από την αποδεκτή. Στο τέλος αυτής της διαδικασίας η τελική βάση δεδομένων της έρευνας ήταν  $N = 423$ .

Στη συνέχεια αξιολογήθηκε η δομή του μοντέλου των 25 διαστάσεων και των 5 τομέων του ΕΜΔΠ σε περιβάλλον ESEM. Για το σκοπό αυτό μια σειρά από ψυχομετρικά βήματα

υιοθετήθηκαν προκειμένου να αξιοποιηθούν όσο το δυνατό περισσότερο τα πλεονεκτήματα της ESEM. Αρχικά, αξιολογήθηκε το μέγεθος του δείγματος και η επάρκεια του αναφορικά με την δυνατότητα υιοθέτησης της ESEM καθώς μέσα σε στα μοντέλα ESEM ενυπάρχουν και αυτά της CFA (εμφωλευμένα (nested) μοντέλα. Για το λόγο αυτό, και προκειμένου να αξιολογηθεί η προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα, επιλέχθηκε ο δείκτης της ανθεκτικής μέγιστης πιθανοφάνειας (robust maximum likelihood estimator-MLR) καθόσον τα δεδομένα της έρευνας ήταν συνεχή. Με τον υπολογισμό του συγκεκριμένου δείκτη μπορούμε να έχουμε τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τους ομαλοποιημένους στατιστικούς δείκτες του βασικού μοντέλου μέτρησης (baseline model) με το μοντέλο σύγκρισης (nested model) δίνοντας πληροφορίες και για τα τυπικά σφάλματά τους (DiStefano, 2016· Li,2016).

Στη συνέχεια, εξετάστηκε η μέθοδος περιστροφής των αξόνων καθώς με τον τρόπο αυτό η παραγοντική δομή του υπό διερεύνηση μοντέλου γίνεται πιο απλή και καθιστά την ερμηνεία των παραγόντων (τι σημαίνει εννοιολογικά) πιο αξιόπιστη (Thurstone, 1947). Επειδή στην παρούσα μελέτη υιοθετείται το ΕΜΔΠ που αποτελεί ένα θεωρητικό μοντέλο με συγκεκριμένη σχέση μεταξύ των κατώτερων διαστάσεων (lower order) και των ανώτερων τομέων (higher order), επιλέχθηκε η πλάγια περιστροφή (target rotation) των αξόνων (Xiao et al., 2019). Επιπλέον με την επιλογή της πλάγιας περιστροφής είναι εφικτό να αξιολογηθούν τα δεδομένα του μοντέλου μέσα σε περιβάλλον CFA καθώς επιτρέπονται οι διασταυρούμενες σχέσεις μεταξύ των στοιχείων και διαφορετικών παραγόντων ενώ ταυτόχρονα μπορούν να περιοριστούν στο μηδέν. Με αυτόν τον τρόπο, για την καθεμιά σχέση μεταξύ των κύριων διαστάσεων και αντίστοιχου τομέα, η σχέση αφέθηκε ελεύθερη, ενώ οι σχέσεις για όλες τις υπόλοιπες διαστάσεις επιτράπηκαν αλλά περιορίστηκαν κοντά στο μηδέν.

Η πλάγια περιστροφή επιτρέπει τον υπολογισμό του ESEM μοντέλου με τρόπο ανάλογο με αυτόν της CFA, καθώς οι σχέσεις μεταξύ μεταβλητών είναι a priori δεδομένες από τη θεωρία (Asparouhoun & Muthen, 2009). Επιπλέον, με την πλάγια περιστροφή δεν απαιτείται από τον ερευνητή να ορίσει συγκεκριμένα στοιχεία με μη παραγοντικές συσχετίσεις και με αυτόν τον τρόπο έχει την ελευθερία για καλύτερη διαχείριση του μοντέλου μέτρησης (Marsh et al., 2014). Έτσι κατά τον υπολογισμό του μοντέλου μέτρησης, και σε αντίθεση με τους περιορισμούς της CFA, στην ESEM αφέθηκαν ελεύθερες όλες οι σχέσεις μεταξύ των 25 διαστάσεων και των 5 τομέων, με τον περιορισμό της μηδενικής τιμής για τις διαστάσεις που δε σχετίζονταν με τον a priori τομέα (στο syntax του Mplus αυτό ορίζεται με το ~0). Αντιθέτως οι διαστάσεις (στοιχεία) που σχετίζονταν με τον a priori τομέα αφέθηκαν να υπολογιστούν ελεύθερες. Η αξιολόγηση του μοντέλου έγινε και πάλι με τη χρήση των δεικτών καλής προσαρμογής, δηλαδή τους Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI), Root Mean Square Error of Approximation (RSMEA), Standardized Root Mean-Square Residual (SRMR), με τις αντίστοιχες αποδεκτές τιμές που ίσχυσαν και στην προηγούμενη μελέτη (Hu & Bentler, 1999). Τέλος, η διερεύνηση της μετρικής ισοδυναμίας του εργαλείου πραγματοποιήθηκε με την αξιολόγηση της Επιβεβαιωτικής Ανάλυσης Παραγόντων για πολλαπλές ομάδες (Multi-group Confirmatory Factor Analysis- MGCFA) (Brown et al., 2017· Milfont & Fischer, 2015). Η αξιολόγηση σε όλα τα στάδια πραγματοποιήθηκε με βάση τους δείκτες καλής προσαρμογής (Hu & Bentler, 1999). Επειδή πραγματοποιούνται πολλαπλές επιβεβαιωτικές αναλύσεις όπου σε κάθε ανάλυση χρησιμοποιείται και διαφορετικό επίπεδο περιορισμών των παραμέτρων, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η αξιολόγηση των μοντέλων έγινε σε διαδοχική σειρά και αξιολογήθηκε σε σχέση με το προηγούμενο με βάση τον υπολογισμό της διαφοράς των δεικτών καλής προσαρμογής (Chen, 2007). Οι δείκτες που υιοθετήθηκαν για την αξιολόγηση της

συγκεκριμένης ανάλυσης ήταν οι διαφορές που παρατηρήθηκαν στους δείκτες καλής προσαρμογής  $\Delta CFI$ ,  $\Delta RMSEA$  και  $\Delta SRMR$  μεταξύ των συγκρινόμενων μοντέλων (π.χ., configural vs. metric). Οι συγκεκριμένοι δείκτες δεν επηρεάζονται από το μέγεθος του δείγματος, και μπορούν να παρέχουν αξιόπιστα συμπεράσματα (Brannick 1995· Fan & Sivo, 2009· Hu & Bentler 1990). Με τη χρήση αυτών των δεικτών και για να υπάρξει μετρική ισοδυναμία σε δείγματα έρευνας  $>300$ , θα πρέπει η διαφορά μεταξύ των διαδοχικών μοντέλων αξιολόγησης να έχει τις εξής τιμές: για τον δείκτη  $\Delta CFI \leq 0,01$ , για τον δείκτη  $\Delta RMSEA \leq 0,02$  και τέλος για τον δείκτη  $\Delta SRMR \leq 0,03$  (Chen, 2007). Η αξιολόγηση της μετρικής ισοδυναμίας του εργαλείου ολοκληρώθηκε με τη σύγκριση των μέσων όρων των δύο φύλων σε επίπεδο λανθανουσών μεταβλητών. Όλες οι ανωτέρω αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το λογισμικό πρόγραμμα Mplus 8.5 (Muthen & Muthen, 2020).

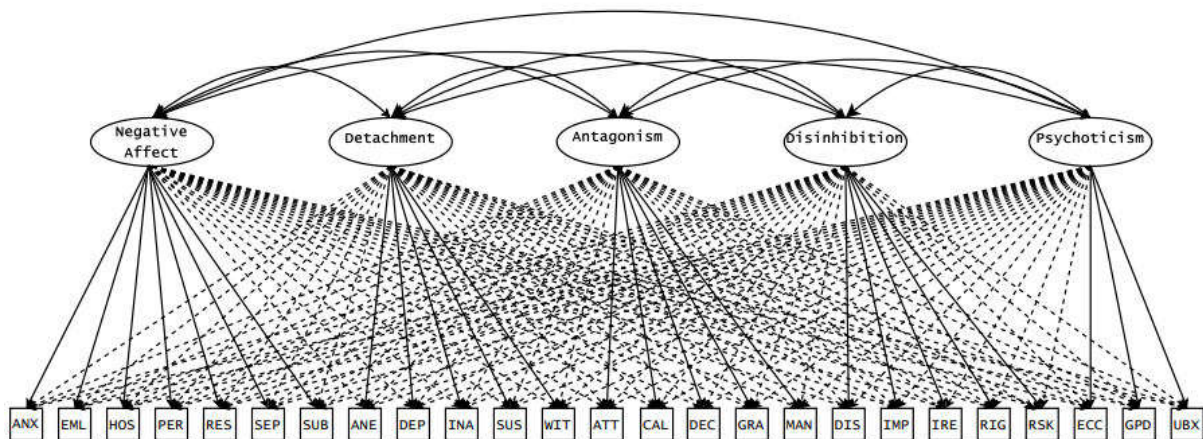
#### **6.4. Αποτελέσματα**

Τα πρώτα αποτελέσματα της ανάλυσης για το μοντέλο των 25 κατώτερων διαστάσεων και των 5 ανώτερων παραγόντων (Σχήμα 1) ήταν τα εξής [ $\chi^2 (185, N = 423) = 448,76$ ,  $CFI = 0,91$ ,  $TLI = 0,81$ ,  $RMSEA = 0,09$  ( $CI_s 0,08 - 0,09$ ),  $SRMR = 0,03$ ]. Στη συνέχεια, στο μοντέλο έγινε αξιολόγηση της συσχέτισης των συνδυακυμάνσεων των σφαλμάτων μέσω του δείκτη τροποποίησης (modification indices) που δίνει πληροφορίες για τη βελτιστοποίηση της προσαρμογής των δεδομένων του μοντέλου. Η πρακτική αυτή αν και θεωρείται κατά πολλούς ως μια πρακτική που τροποποιεί σε βαθμό αλλοίωσης τα δεδομένα του μοντέλου (Sarlis et al., 2009), κατά άλλους είναι ενδεικτική και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν οι τιμές της τροποποίησης είναι  $> 0,70$  καθώς αντιπροσωπεύουν τις σχέσεις μεταξύ παρατηρούμενων και λανθανουσών μεταβλητών (Brown & Templin 2022· Whittaker, 2012). Στο μοντέλο των πέντε παραγόντων της ανάλυσης, προέκυψε μια τροποποίηση μεταξύ συνδυακυμάνσεων σφαλμάτων

στις διαστάσεις Ανηδονία και Καταθλιπτικότητα ( $M.I. = 232,80$ ), τιμή πολύ πάνω από την ενδεικτική τιμή τροποποίησης. Με την υιοθέτηση της ανωτέρω τροποποίησης, το μοντέλο βελτιώθηκε και παρουσίασε τους ακόλουθους δείκτες καλής προσαρμογής: [ $\chi^2 (184, N = 423) = 448,76, CFI = 0,95, TLI = 0,90, RMSEA = 0,07 (CIs 0,06 - 0,08), SRMR = 0,03$ ]. Οι ανωτέρω τιμές υποδηλώνουν ότι το μοντέλο των πέντε παραγόντων του ΕΜΔΠ έχει πολύ καλή προσαρμογή στα δεδομένα της έρευνας, καθώς όλοι οι δείκτες είναι πάνω από τα αποδεκτά όριά τους.

### Σχήμα 3

Μοντέλο ESEM 5 Παραγόντων για το ΔΕΠ-5



Με την επιβεβαίωση της παραγοντικής δομής του εργαλείου, ένα δεύτερο σημείο της ανάλυσης των αποτελεσμάτων ήταν οι παραγοντικές φορτίσεις των διαστάσεων. Με δεδομένο ότι το ΕΜΔΠ είναι ένα a priori ιεραρχικό μοντέλο ανώτερων και κατώτερων διαστάσεων, διερευνήθηκαν οι παραγοντικές φορτίσεις των 25 διαστάσεων σε σχέση με τους 5 ανώτερους παράγοντες. Αξιολογώντας τις παραγοντικές φορτίσεις των μεταβλητών που προέκυψαν από την ESEM (Πίνακας 15) διαπιστώθηκε ότι η διάσταση «Περιορισμένο Συναίσθημα» φόρτιζε στον παράγοντα «Αποστασιοποίηση» αντί του πρωτότυπου παράγοντα «Αρνητικό Συναίσθημα», η διάσταση «Ψυχρότητα» φόρτιζε στον παράγοντα «Αποστασιοποίηση» αντί του παράγοντα

«Ανταγωνισμός» και η διάσταση «Ριψοκινδυνότητα» φόρτιζε στον παράγοντα «Αρνητικό Συναίσθημα» αντί του πρωτότυπου παράγοντα «Άρση Αναστολών». Επιπλέον, οι ακόλουθες διαστάσεις εμφάνισαν δευτερογενείς παραγοντικές φορτίσεις (>.30): η «Ανηδονία» και η «Καταθλιπτικότητα» στον παράγοντα «Αρνητικό Συναίσθημα» επιπλέον του a priori παράγοντα «Αποστασιοποίηση», η διάσταση «Παρορμητικότητα» στον παράγοντα «Ψυχωτισμός» αντί του παράγοντα της «Άρσης Αναστολών» και η διάσταση «Άκαμπτη Τελειομανία» στον παράγοντα «Αρνητικό Συναίσθημα» αντί του παράγοντα «Άρση Αναστολών».

### Πίνακας 15

Παραγοντικές Φορτίσεις των Διαστάσεων του ΔΕΠ-5

	Αρνητικό Συναίσθημα	Αποστασιοποίηση	Ανταγωνισμός	Άρση Αναστολών	Ψυχωτισμός
1. Ανησυχία	<b>0,88</b>	0,06	-0,02	-0,15	0,10
2. Συναισθηματική Αστάθεια	<b>0,54</b>	0,10	-0,09	0,30	0,24
3. Εχθρότητα	<b>0,38</b>	0,06	0,26	0,06	0,28
4. Εμμονική Επαναληπτικότητα	<b>0,69</b>	0,16	0,01	0,08	0,23
5. Περιορισμένη Συναισθηματικότητα	0,22	<u>0,81</u>	0,14	-0,05	-0,05
6. Ανασφάλεια Αποχωρισμού	<b>0,63</b>	-0,08	0,26	0,07	-0,26
7. Ενδοτικότητα	<b>0,45</b>	0,26	0,12	0,19	-0,28
8. Ανηδονία	<u>0,49</u>	<b>0,38</b>	-0,03	0,21	0,02
9. Καταθλιπτικότητα	<u>0,48</u>	<b>0,33</b>	-0,05	0,27	-0,05
10. Αποφυγή Οικειότητας	-0,04	<b>0,62</b>	0,11	0,02	0,11
11. Καχυποψία	0,23	<b>0,32</b>	0,12	0,06	0,24
12. Απόσυρση	0,05	<b>0,63</b>	0,04	0,05	0,23
13. Αναζήτηση Προσοχής	0,24	-0,29	<b>0,78</b>	0,12	-0,22
14. Ψυχρότητα	-0,21	<u>0,77</u>	0,26	0,01	0,07
15. Δολιότητα	-0,03	-0,08	<b>0,64</b>	0,12	-0,01
16. Μεγαλομανία	-0,03	-0,06	<b>0,66</b>	-0,14	0,26
17. Χειριστικότητα	-0,11	-0,15	<b>0,74</b>	-0,02	0,08
18. Διασπαστικότητα	0,21	0,06	0,07	<b>0,57</b>	-0,02
19. Παρορμητικότητα	0,14	-0,32	0,10	<b>0,45</b>	<u>0,46</u>

20. Ανευθυνότητα	-0,05	0,20	0,11	<b>0,64</b>	-0,05
21. Απαιτητική Τελειομανία	<u>0,41</u>	0,09	0,14	<b>-0,45</b>	0,26
22. Ριψοκινδυνότητα	<u>0,40</u>	0,19	-0,06	<b>-0,05</b>	-0,32
23. Εκκεντρικότητα	-0,03	0,16	0,22	0,14	<b>0,59</b>
24. Γνωστική και Αντιληπτική Απορρύθμιση	0,21	0,26	0,08	0,30	<b>0,45</b>
25. Ασυνήθιστες Εμπειρίες και Πεποιθήσεις	0,11	0,00	0,32	-0,25	<b>0,45</b>

*Σημείωση:* Με έντονο, οι πρωτογενείς παραγοντικές φορτίσεις. Με υπογράμμιση, οι δευτερογενείς φορτίσεις των στοιχείων.

Αναφορικά με τον έλεγχο της μετρικής ισοδυναμίας ως προς το φύλο, αρχικά εξετάστηκε η προσαρμογή του μοντέλου ως προς το κάθε φύλο ξεχωριστά. Οι δείκτες προσαρμογής του μοντέλου για τους άνδρες εμφάνισαν ικανοποιητική προσαρμογή στα δεδομένα της έρευνας [ $\chi^2(184) = 344,69, p = 0,001, CFI = 0,888, RMSEA = 0,085, SRMR = 0,039$ ] (Chen, 2007).

Αναφορικά με τους δείκτες προσαρμογής του μοντέλου για τις γυναίκες, τα αποτελέσματα παρουσίασαν καλή προσαρμογή [ $\chi^2(179) = 484,67, p = 0,001, CFI = 0,904, RMSEA = 0,083, SRMR = 0,032$ ]. Στη συνέχεια αξιολογήθηκε το configural μοντέλο. Οι δείκτες προσαρμογής του συγκεκριμένου μοντέλου εμφάνισαν καλή προσαρμογή στα δεδομένα της έρευνας [ $\chi^2(368) = 993,52, p = 0,001, CFI = 0,900, RMSEA = 0,084, SRMR = 0,034$ ]. Με την τεκμηρίωση της Configural ισοδυναμίας επιβεβαιώνεται ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικά διαφορές στο πως οι δυο ομάδες (ανδρών-γυναικών) αντιλαμβάνονται τις 25 παθολογικές διαστάσεις του ΕΜΔΠ, καθώς η δομή του ερωτηματολογίου είναι ίδια και για τους άντρες και για τις γυναίκες. Και στα δυο μοντέλα αξιολόγησης (ανδρών-γυναικών) προέκυψε μια τροποποίηση μεταξύ συνδυακυμάνσεων σφαλμάτων στις διαστάσεις Ανηδονία και Καταθλιπτικότητα (M.I. = 232,80), η οποία και εφαρμόστηκε προκειμένου για τη βελτίωση του μοντέλου. Στη συνέχεια αξιολογήθηκε το μοντέλο της Metric ισοδυναμίας, όπου αξιολογήθηκε η διαφορά των τιμών των

δεικτών καλής προσαρμογής με το Configural μοντέλο. Τα αποτελέσματα των διαφορών [ $\Delta\chi^2$  (468) = 1.063,85,  $p = 0,001$ ,  $\Delta CFI = 0,004$ ,  $\Delta RMSEA = 0,009$ ,  $\Delta SRMR = 0,011$ ] επιβεβαίωσαν και το δεύτερο μοντέλο της Metric ισοδυναμίας, καθώς κανένας δείκτης δεν είχε παρουσιάσει τιμές μεγαλύτερες από το αποδεκτό όριο (βλέπε ενότητα 5.2), δηλαδή το γεγονός ότι και οι δυο ομάδες απαντούν στα στοιχεία του ερωτηματολογίου κατά τον ίδιο τρόπο, χωρίς να διαφοροποιούνται. Τελευταίο αξιολογήθηκε το μοντέλο της Scalar ισοδυναμίας σε σύγκριση με το δεύτερο μοντέλο της Metric ισοδυναμίας. Τα αποτελέσματα της σύγκρισης των μοντέλων [ $\Delta\chi^2$  (488) = 1.113,05,  $p = 0,001$ ,  $\Delta CFI = 0,005$ ,  $\Delta RMSEA = 0,002$ ,  $\Delta SRMR = 0,005$ ] επιβεβαίωσαν ότι και οι δυο ομάδες της έρευνας θα παρουσιάζουν τις ίδιες επιδόσεις τόσο στις λανθάνουσες (παράγοντες) όσο και στις παρατηρούμενες (διαστάσεις) μεταβλητές του εργαλείου. Ο Πίνακας 16 παρουσιάζει συγκεντρωτικά, τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης για τα τρία μοντέλα σύγκρισης.



### Πίνακας 16

Αποτελέσματα Ανάλυσης Μετρικής Ισοδυναμίας του ΔΕΠ-5 για το Φύλο

Μοντέλο	$\chi^2$	df	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	Σύγκριση Μοντέλων	$\Delta$ CFI	$\Delta$ RMSEA	$\Delta$ SRMR
Άνδρες	344.69	184	0,888	0,818	0,085	0,039				
Γυναίκες	642.74	184	0,904	0,843	0,083	0,032				
Configural μοντέλο	993.52	368	0,900	0,836	0,084	0,034				
Metric μοντέλο	1,063.85	468	0,904	0,877	0,075	0,045	2 vs. 1	-0,004	0,009	-0,011
Scalar μοντέλο	1,113.05	488	0,899	0,876	0,073	0,050	3 vs. 2	0,005	0,002	-0,005

Σημείωση:  $N = 423, p < 0,001$ .

CFI = Comparative Fit Index, TLI = Tucker-Lewis Index, RMSEA = Root Mean Square Residual, SRMR = Standardized Root Mean Square Residual.

Με την επίτευξη της μετρικής ισοδυναμίας του εργαλείου, στο τελικό στάδιο αξιολογήθηκαν οι διαφορές των μέσων όρων των λανθανουσών παραγόντων. Για το σκοπό αυτό, μια από τις δύο ομάδες (γυναίκες) ορίστηκε ως ομάδα αναφοράς (reference group) και οι άνδρες ως ομάδα σύγκρισης (comparison group). Ακολούθως, και προκειμένου να συγκρίνουμε τις ομάδες μεταξύ τους, οι μέσοι όροι των λανθανουσών μεταβλητών ορίστηκαν να είναι μηδέν (0) στην ομάδα αναφοράς ενώ αφέθηκαν να υπολογιστούν ελεύθερα στην ομάδα σύγκρισης (Dimitrov, 2006). Τα αποτελέσματα κατέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τις δυο ομάδες της μελέτης σε δυο παράγοντες: «Αρνητικό Συναίσθημα», με τις γυναίκες να βιώνουν υψηλότερα επίπεδα από ό,τι οι άνδρες, και στον «Ανταγωνισμό», με τις γυναίκες να βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα συναισθήματος από ό,τι οι άνδρες. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης παρουσιάζονται στο Πίνακα 17.

### Πίνακας 17

Μέσοι Όροι 5 Λανθανόντων Παραγόντων για τις Γυναίκες σε σύγκριση με τους Άνδρες

Παράγοντας	<i>M</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>
Αρνητικό Συναίσθημα	0,21	0,11	0,052
Αποστασιοποίηση	-0,25	0,13	0,060
Ανταγωνισμός	-0,41	0,12	0,001
Άρση Αναστολών	-0,06	0,16	0,721
Ψυχωτισμός	-0,12	0,11	0,263

Σημείωση: *M* = διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων, *SE*: τυπική απόκλιση

## 6.5. Συμπεράσματα τρίτης εμπειρικής μελέτης

Η τρίτη εμπειρική μελέτη ασχολήθηκε με τη διερεύνηση της παραγοντικής δομής καθώς και της μετρικής ισοδυναμίας του εργαλείου. Σε πρακτικό επίπεδο, επιχειρήθηκε να αναδειχθεί η ιεραρχική δομή του ΕΜΔΠ με τις 25 κατώτερες διαστάσεις και τους 5 ανώτερους παράγοντες

μέσα από ένα νέο δείγμα έρευνας. Παράλληλα διερευνήθηκαν οι διαφορές στον τρόπο που οι άνδρες και οι γυναίκες αντιλαμβάνονται το μοντέλο με τις διαστάσεις και τους παράγοντές του.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την εφαρμογή της ESEM, επιβεβαίωσαν την ιεραρχική δομή του εργαλείου, το οποίο παρουσίασε πολύ καλή στατιστική προσαρμογή στα δεδομένα της μελέτης. Το νέο εργαλείο που προέκυψε από την ανάλυση ονομάστηκε Διαγνωστικό Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας κατά DSM-5 (ΔΕΠ-5). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης από τη χρήση της ESEM, υπήρξαν μεταβλητές που δε φόρτισαν στον προκαθορισμένο παράγοντα του μοντέλου, όπως και άλλες που παρουσίασαν δευτερογενείς φορτίσεις σε άλλους μη προκαθορισμένους παράγοντες. Το γεγονός αυτό, εκτός από τις ασάφειες που ενδεχομένως να υποκρύπτονται πίσω από τους εννοιολογικούς ορισμούς του μοντέλου, αναδεικνύουν και τον πολύπλοκο τρόπο με τον οποίο παρατηρούμενες και λανθάνουσες μεταβλητές σχετίζονται στη δομή των ιεραρχικών μοντέλων της προσωπικότητας (Bach et al.,2019· Suzuki et al.,2018). Ανάλογες δυσκολίες στην επιβεβαίωση των παραγοντικών φορτίσεων του ΕΜΔΠ έχουν καταγραφεί και σε άλλες διαπολιτισμικές μελέτες του (Bo et al., 2016· Krueger et al., 2012· Maples et al., 2015· Nagy et al., 2022· Wright & Simms, 2015). Με τον έναν ή τον άλλον τρόπο σε όλες τις διαπολιτισμικές προσαρμογές το εννοιολογικό περιεχόμενο κάποιων διαστάσεων φαίνεται να γίνονταν αντιληπτό με διαφορετικό τρόπο, χωρίς ωστόσο να χάνεται η εννοιολογική πληροφορία του, αλλά μάλλον να μετακινείται προς άλλους παράγοντες. Επομένως φαίνεται να υπάρχουν αρκετές ακόμα μεταβλητές προς διερεύνηση που ενδεχομένως να επηρεάζουν την εννοιολογική αντίληψη και αποδοχή των 25 διαστάσεων και των 5 παραγόντων του ΕΜΔΠ από διάφορα πολιτισμικά πλαίσια.

Μια σημαντική καινοτομία ωστόσο της τρίτης μελέτης ήταν η εφαρμογή της μεθόδου της μετρικής ισοδυναμίας για πρώτη φορά με τη χρήση της ESEM στο ΕΜΔΠ. Παρόμοιες

απόπειρες έχουν αναφερθεί, αν και περιορισμένες μέχρι σήμερα (Bach et al., 2017· Gomez et al., 2022· Few et al., 2013· Suzuki et al., 2018). Τα αποτελέσματα από άλλες έρευνες φαίνεται να συγκλίνουν με τα ευρήματα της τρίτης εμπειρικής μελέτης καθώς κατά γενική διαπίστωση οι γυναίκες φαίνεται να βιώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους (Αρνητικό Συναίσθημα) από τους άντρες και ταυτόχρονα χαμηλότερα επίπεδα «Ανταγωνισμού» από ότι οι άνδρες γεγονός που συνάδει με τη γενικότερη διαπίστωση ότι οι γυναίκες δεν ρέπουν τόσο έντονα σε αντικοινωνικές και επιθετικές συμπεριφορές όπως οι άνδρες (Lynam & Miller, 2019).

Ωστόσο, η τέταρτη μελέτη δεν πραγματοποιήθηκε χωρίς περιορισμούς. Ο κυριότερος από τους οποίους υπήρξε η μέθοδος της συμπτωματικής δειγματοληψίας αντί της ευρείας αντιπροσωπευτικής που θα μπορούσε να επιτευχθεί με διευρυμένο και πιο αντιπροσωπευτικό διαστρωματοποιημένο δείγμα. Από την άλλη, η χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης αποτελεί πλέον μια πραγματικότητα για πλήθος ερευνών που αναζητούν μια πιο άμεση και διεισδυτική επαφή με ένα δείγμα πληθυσμού που ανιχνεύεται και διατίθεται εύκολα χωρίς κόστος διαχείρισης και χρόνου από μεριάς ερευνητή.

Συμπερασματικά, επιβεβαιώθηκε ότι τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες αντιλαμβάνονται με τον ίδιο τρόπο τις θεωρητικές παθολογικές έννοιες του ΕΜΔΠ, γεγονός που συνεισφέρει σε ένα σοβαρό μεθοδολογικό προαπαιτούμενο της κατασκευαστικής επάρκειας του ΔΕΠ-5. Επόμενος στόχος της διδακτορικής διατριβής απομένει η τεκμηρίωση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του ΔΕΠ-5 μέσω του ελέγχου της αξιοπιστίας και της εγκυρότητάς του. Με αυτό τον στόχο θα ασχοληθεί η τελευταία εμπειρική μελέτη που θα παρουσιαστεί στο επόμενο κεφάλαιο.

## **4<sup>η</sup> Εμπειρική Μελέτη: Αξιολόγηση της Αξιοπιστίας και Εγκυρότητας του ΔΕΠ-5**

### **7. Εισαγωγή**

Με την διερεύνηση της παραγοντικής δομής και την αξιολόγηση της μετρικής ισοδυναμίας του ΔΕΠ-5, ολοκληρώθηκε η αξιολόγηση του δομικού χαρακτήρα του ΔΕΠ-5 ως αντιπροσωπευτικό εργαλείο του ΕΜΔΠ. Για την ολοκλήρωση του συνόλου των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του ΔΕΠ-5 ωστόσο, απαιτείται και η διερεύνηση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας του νέου εργαλείου (Abell et al., 2009· Carmines & Zeller, 1979). Η αξιολόγηση της αξιοπιστίας ενός εργαλείου αναφέρεται στην ικανότητα του εργαλείου να μπορεί να μετρήσει την υπό μελέτη έννοια με ακρίβεια. Για το σκοπό αυτό η τέταρτη εμπειρική μελέτη θα υιοθετήσει δυο διαφορετικούς δείκτες αξιολόγησης της αξιοπιστίας: α) τον δείκτη αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων (test-retest reliability) και β) τον δείκτη αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής (internal consistency reliability).

Ο δείκτης της αξιοπιστίας των επαναληπτικών μετρήσεων αναφέρεται στο κατά πόσο οι επιδόσεις των συμμετεχόντων στη μέτρηση μιας έννοιας του ερωτηματολογίου είναι ίδιες, αλλά σε διαφορετικές χρονικές στιγμές. Αντίστοιχα, ο δείκτης εσωτερικής συνοχής, αξιολογεί το βαθμό της εννοιολογικής σχέσης μεταξύ των στοιχείων (κατά πόσο μετρούν την ίδια έννοια). Δυο δείκτες χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της εσωτερικής συνοχής: ο δείκτης alpha ( $\alpha$ ) (Cronbach, 1951) και ο δείκτης omega ( $\omega$ ). Ο δείκτης omega (McDonald, 1999· Raykov, 1977) παρουσιάζει υψηλότερης αντικειμενικότητας αποτελέσματα όταν πρόκειται για την αξιολόγηση της αξιοπιστίας ενός εργαλείου καθώς δεν απαιτεί τις αυστηρές στατιστικές προϋποθέσεις που απαιτεί ο δείκτης alpha, όπως για παράδειγμα, την ισοδυναμία (tau equivalence) (Raykov & Marcoulides, 2019). Σύμφωνα με τον Kalkbrenner (2023), η ισοδυναμία  $\tau$ , είναι μία προϋπόθεση που πολύ σπάνια μπορεί να ικανοποιηθεί σε έρευνες πεδίου, καθώς απαιτεί να

υπάρχει ισοδυναμία των παραγοντικών φορτίσεων όλων των στοιχείων σε μία κλίμακα. Κατά συνέπεια, η χρήση του δείκτη alpha καθίσταται πρακτικά ανέφικτη, ενώ ο υπολογισμός χωρίς να διασφαλίζεται αυτή η προϋπόθεση οδηγεί σε εσφαλμένα συμπεράσματα καθώς υποτιμά τον βαθμό εσωτερικής συνοχής των στοιχείων.

Αναφορικά με την εγκυρότητα, αυτή αναφέρεται στο κατά πόσο τα στοιχεία ενός εργαλείου που κατασκευάστηκε μπορούν να μετρήσουν την έννοια για την οποία κατασκευάστηκε το εργαλείο (Bolton, 2001· Drost, 2011). Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι αξιολόγησης της εγκυρότητας που εφαρμόζονται στις κοινωνικές επιστήμες (Creswell, 2007· Saldaña, 2009). Αναφορικά με το ΔΕΠ-5, υιοθετήθηκαν οι εξής μέθοδοι: α) συγχρονική εγκυρότητα (concurrent validity), β) συγκλίνουσα εγκυρότητα (concurrent validity), γ) αποκλίνουσα εγκυρότητα (divergent validity) και δ) διακριτική εγκυρότητα (discriminant validity). Η συγκλίνουσα και η αποκλίνουσα εγκυρότητα αποτελούν μέρος της ευρύτερης έννοιας της εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής (construct validity).

Η συγχρονική εγκυρότητα αναφέρεται στη συνάφεια που αναμένεται να παρουσιάσουν οι βαθμολογίες της νέας κλίμακας με ένα εξωτερικό κριτήριο που αποδεδειγμένα μετρά την υπό μέτρηση έννοια. Για παράδειγμα, ένα προϋπάρχον εργαλείο, που επιβεβαιωμένα μετρά το ίδιο χαρακτηριστικό και είναι καθιερωμένο στον επιστημονικό χώρο της έρευνας (Haynes et al., 1995· Roebianto et al., 2023). Η συγκλίνουσα εγκυρότητα αναφέρεται στο βαθμό συνάφειας που αναμένεται να παρουσιάζουν οι βαθμολογίες της νέας κλίμακας με μεταβλητές που σύμφωνα με τη θεωρία έχουν εννοιολογική συγγένεια. Από την άλλη μεριά, η νέα κλίμακα εμφανίζει αποκλίνουσα εγκυρότητα όταν δεν παρουσιάζει συνάφεια με έννοιες που σύμφωνα με τη θεωρία δεν θα έπρεπε να παρουσιάζει (Domino & Domino, 2006). Τέλος η διακριτική ή διακρίνουσα εγκυρότητα αναφέρεται στην ικανότητα των στοιχείων του νεοσύστατου εργαλείου να

διακρίνουν μεταξύ δύο διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού (π.χ., κλινικός vs. φυσιολογικός πληθυσμός) (John & Benet-Martínez, 2000).

## **7.1. Διερεύνηση της Αξιοπιστίας του ΔΕΠ-5**

### **7.1.1. Η Αξιοπιστία Επαναληπτικών Μετρήσεων**

#### **7.1.1.1. Συμμετέχοντες και Διαδικασία**

Τους συμμετέχοντες αυτής της μελέτης αποτέλεσε γενικός πληθυσμός που προήλθε από συμπτωματική δειγματοληψία. Πιο συγκεκριμένα, το δείγμα της έρευνας ανήλθε σε 159 άτομα, από τα οποία 108 (67,9%) ήταν γυναίκες και 51 (32,1%) ήταν άνδρες και το εύρος των ηλικιών ήταν από 20 έως 79 ετών (*M.O.* = 37,5, *T.A.* = 15,5). Από το σύνολο των συμμετεχόντων που έλαβαν μέρος στην έρευνα, 27 (17%) ήταν απόφοιτοι Λυκείου, 94 (59%) ήταν απόφοιτοι ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων (ΑΕΙ) και 38 (23,9%) ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου. Όπως και στις προηγούμενες εμπειρικές μελέτες, οι συμμετέχοντες που δέχονταν να λάβουν μέρος στην έρευνα ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της έρευνας, τη διασφάλιση της ανωνυμίας τους, τη διαχείριση των απαντήσεών τους, καθώς και το δικαίωμά τους για υπαναχώρηση από οποιοδήποτε στάδιο της έρευνας. Ταυτόχρονα, ενημερώθηκαν εκ των προτέρων ειδικά για τη συμμετοχή τους στη δεύτερη επαναληπτική μέτρηση μετά από τέσσερις εβδομάδες, για την οποία και δήλωναν τη συγκατάθεσή τους (Nunnally & Bernstein, 1994). Για να διασφαλιστεί περαιτέρω η ανωνυμία των συμμετεχόντων μεταξύ πρώτης και δεύτερης φάσης, τους ζητήθηκε να δημιουργήσουν έναν δικό τους προσωπικό «κωδικό διαπίστευσης» (με οδηγίες που τους δόθηκαν από τον ερευνητή σε ειδική φόρμα) που θα ήταν γνωστός μόνο σε αυτούς και θα έπρεπε να τον χρησιμοποιήσουν κατά τη συμμετοχή τους στη δεύτερη φάση ως «αναγνωριστικό».

### **7.1.1.2. Αποτελέσματα**

Προκειμένου να υπολογιστεί η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων, υιοθετήθηκε ο δείκτης συσχέτισης *Pearson's r*. Σύμφωνα με αυτόν τον δείκτη, ένα εργαλείο προκειμένου να παρουσιάσει αποδεκτή σταθερότητα στις απαντήσεις των συμμετεχόντων, θα πρέπει να παρουσιάσει υψηλές τιμές ( $r > 0,70$ ). Τα αποτελέσματα για τις 25 διαστάσεις κυμάνθηκαν από  $r = 0,78$  έως  $r = 0,85$  ( $p < 0,01$ ), ενώ για τους 5 ανώτερους ιεραρχικά παράγοντες ήταν  $r_{\text{Αρν.Συν.}} = 0,86$ ,  $r_{\text{Αποστ.}} = 0,89$ ,  $r_{\text{Αντ.}} = 0,87$ ,  $r_{\text{Αρση}} = 0,84$ ,  $r_{\text{Ψυχ.}} = 0,82$  ( $p < 0,01$ ). Τα αποτελέσματα αυτής της ανάλυσης επιβεβαιώνουν ότι το ΔΕΠ-5 είναι ένα εργαλείο με σταθερότητα στις μετρήσεις στο χρόνο.

### **7.1.2. Η Αξιοπιστία Εσωτερικής Συνοχής**

Για τον υπολογισμό της εσωτερικής συνοχής των στοιχείων του ΔΕΠ-5, υιοθετήθηκαν δυο δείκτες εσωτερικής συνοχής: α) ο δείκτης alpha, και β) ο δείκτης omega.

#### **7.1.2.1. Συμμετέχοντες**

Ο πληθυσμός της μελέτης προήλθε από το δείγμα της τρίτης εμπειρικής μελέτης. Πιο συγκεκριμένα, το δείγμα της έρευνας ανήλθε σε 480 ενήλικες, εκ των οποίων οι 120 (25%) ήταν άνδρες και 360 (75%) γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν τα 50 έτη ( $T.A. = 12,7$ ) και το εύρος των ηλικιών κυμαινόταν από 18 έως 80 ετών. Από το σύνολο των συμμετεχόντων που έλαβαν μέρος στην έρευνα, 122 (25,4%) ήταν απόφοιτοι Λυκείου, 234 (48,7%) ήταν απόφοιτοι ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων (ΑΕΙ) και 124 (25,8%) ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου.



### 7.1.2.2. Αποτελέσματα

Ο δείκτης alpha για τις 25 διαστάσεις του ΔΕΠ-5 κυμάνθηκε από 0,75 (Δολιότητα) έως 0,96 (Διασπαστικότητα), ενώ για τους 5 ανώτερους ιεραρχικά παράγοντες, από 0,77 (Ανταγωνισμός) έως 0,83 (Αποστασιοποίηση). Αντίστοιχα, ο δείκτης omega για τις 25 διαστάσεις του ΔΕΠ-5 κυμάνθηκε από 0,76 (Δολιότητα) έως 0,97 (Διασπαστικότητα), ενώ για τους 5 ανώτερους ιεραρχικά παράγοντες, από 0,77 (Ανταγωνισμός) έως 0,84 (Αποστασιοποίηση και Αρνητικό Συναισθημα). Τα αποτελέσματα για τις 25 διαστάσεις και τους 5 παράγοντες παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 18.

#### Πίνακας 18

Cronbach's  $\alpha$  και McDonald's  $\omega$  για τις διαστάσεις και τους παράγοντες του ΔΕΠ-5

	$\alpha$	$\omega$
<b>Διαστάσεις</b>		
1. Ανησυχία	0,77	0,79
2. Συναισθηματική Αστάθεια	0,76	0,78
3. Εχθρότητα	0,82	0,83
4. Εμμονική Επαναληπτικότητα	0,76	0,77
5. Περιορισμένη Συναισθηματικότητα	0,84	0,84
6. Ανασφάλεια Αποχωρισμού	0,81	0,81
7. Ενδοτικότητα	0,81	0,82
8. Ανηδονία	0,80	0,81
9. Καταθλιπτικότητα	0,80	0,80
10. Αποφυγή Οκειότητας	0,84	0,85
11. Καχυποψία	0,82	0,82
12. Απόσυρση	0,81	0,81
13. Αναζήτηση Προσοχής	0,77	0,78
14. Ψυχρότητα	0,81	0,82
15. Δολιότητα	0,75	0,76
16. Μεγαλομανία	0,78	0,78

17. Χειριστικότητα	0,80	0,81
18. Διασπαστικότητα	0,96	0,97
19. Παρορμητικότητα	0,92	0,93
20. Ανευθυνότητα	0,80	0,81
21. Απαιτητική Τελειομανία	0,92	0,91
22. Ριψοκινδυνότητα	0,90	0,90
23. Εκκεντρικότητα	0,80	0,82
24. Γνωστική και Αντιληπτική Απορρύθμιση	0,78	0,81
25. Ασυνήθιστες Εμπειρίες και Πεποιθήσεις	0,86	0,86
<b>Παράγοντες</b>		
Αρνητικό Συναίσθημα	0,82	0,84
Αποστασιοποίηση	0,83	0,84
Ανταγωνισμός	0,77	0,77
Άρση Αναστολών	0,79	0,80
Ψυχωτισμός	0,80	0,82

---

## **7.2. Διερεύνηση της Εγκυρότητας του ΔΕΠ-5**

Στις υπό-μελέτες που ακολουθούν, το ΔΕΠ-5 εξετάστηκε ως προς την εννοιολογική του συνέπεια με μια σειρά από άλλα εργαλεία από το χώρο της προσωπικότητας και της ψυχοπαθολογίας. Επίσης, το ΔΕΠ-5 χορηγήθηκε και αξιολογήθηκε για την ικανότητα πρόβλεψης και διάκρισης των ΔΠ τόσο σε κλινικό όσο και γενικό δείγμα πληθυσμού.

### **7.2.1. Συμμετέχοντες και Διαδικασία**

Για την αξιολόγηση της εγκυρότητας του ΔΕΠ-5 διενεργήθηκαν πέντε υπό-μελέτες στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν πέντε διαφορετικά δείγματα. Το δείγμα της πρώτης μελέτης αποτέλεσε γενικός πληθυσμός ( $N = 298$ ,  $M.O. = 46,4$ ,  $T.A. = 15,8$ ). Από αυτούς, οι 225 (75,5%)

ήταν γυναίκες. Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, οι 54 (18,1%) ήταν απόφοιτοι Λυκείου, οι 156 (52,4%) απόφοιτοι πανεπιστημίου και οι 88 (29,6%) κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών. Όλοι οι συμμετέχοντες αυτής της μελέτης συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια ΔΕΠ-5 και PID-5. Το δείγμα της δεύτερης μελέτης αποτέλεσε γενικός πληθυσμός ( $N = 517$ ,  $M.O. = 50,3$ ,  $T.A. = 12,5$ ). Από το συνολικό δείγμα, οι 139 (26,8%) ήταν απόφοιτοι Λυκείου, οι 251 (48,2%) απόφοιτοι πανεπιστημίου και οι 130 (25%) κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών. Τέλος, οι 391 (75,2%) ήταν γυναίκες. Στο δείγμα αυτό χορηγήθηκε το ΔΕΠ-5 καθώς και μία κλίμακας μέτρησης των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας σύμφωνα με το μοντέλο των πέντε παραγόντων.

Στην τρίτη μελέτη συμμετείχαν άτομα από τον γενικό πληθυσμό ( $N = 258$ ,  $M.O. = 49,3$ ,  $T.A. = 13,8$ ). Από αυτούς, οι 56 (21,7%) ήταν απόφοιτοι Λυκείου, οι 129 (50%) απόφοιτοι πανεπιστημίου και οι 73 (28,3%) κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών. Οι συμμετέχοντες αυτού του δείγματος συμπλήρωσαν το ΔΕΠ-5, μία κλίμακα ψυχοπαθολογίας καθώς και μία κλίμακα που μετρά σχιζότυπα χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Το δείγμα της τέταρτης μελέτης αποτέλεσε γενικός πληθυσμός ( $N = 279$ ,  $M.O. = 52$ ,  $T.A. = 11,8$ ). Από αυτούς, οι 218 (78,1%) ήταν γυναίκες. Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, οι 59 (21,2%) ήταν απόφοιτοι Λυκείου, οι 136 (48,8%) απόφοιτοι πανεπιστημίου και οι 84 (30,1%) κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών. Στους συμμετέχοντες αυτού του δείγματος, χορηγήθηκε το ΔΕΠ-5, μία κλίμακα μέτρησης της προσωπικότητας σύμφωνα με το μοντέλο HEXACO, καθώς και μία κλίμακα μέτρησης του μαύρου παράγοντα της προσωπικότητας.

Σε όλες τις παραπάνω έρευνες το δείγμα εντοπίστηκε μέσω διαδικτυακών μέσων ενημέρωσης και ψυχαγωγίας (Facebook, Instagram, Twitter, LinkedIn) με τη δημιουργία ενός συνδέσμου που φιλοξενούσε όλες τις κλίμακες σε ηλεκτρονική μορφή. Η συμμετοχή ήταν

ανώνυμη και εθελοντική, ενώ πριν την αποδοχή της συμμετοχής τους, όλοι ενημερώνονταν για τους σκοπούς της έρευνας, τη διασφάλιση της ανωνυμίας καθώς και τη δυνατότητα αποχώρησής τους από την έρευνα σε οποιαδήποτε φάση.

Στην πέμπτη μελέτη συμμετείχε τόσο γενικός πληθυσμός ( $N = 175$ ,  $M.O. = 48,50$ ;  $T.A. = 12,60$ ) όσο και κλινικός πληθυσμός ( $N = 131$ ,  $M.O. = 45,14$ ;  $T.A. = 13,38$ ) από την ψυχιατρική κλινική του Αττικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Αθηνών καθώς και επισκέπτες ασθενείς ιδιωτικών ιατρείων. Στο δείγμα αυτό χορηγήθηκε το ΔΕΠ-5. Από το δείγμα γενικού πληθυσμού, οι 39 (22,3%) ήταν απόφοιτοι Λυκείου, οι 78 (44,6%) απόφοιτοι πανεπιστημίου και οι 58 (33,2%) κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών. Τέλος, οι 129 (73,7%) ήταν γυναίκες. Από το δείγμα του κλινικού πληθυσμού, οι 15 (11,4%) ήταν απόφοιτοι Λυκείου, οι 74 (56,5%) ήταν απόφοιτοι πανεπιστημίου και οι 42 (32%) κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών. Από τους συμμετέχοντες στο κλινικό δείγμα, οι 120 (91,8%) βρίσκονταν σε κάποια ψυχοθεραπευτική σχέση, ενώ οι 61 (46,6%) λάμβαναν και κάποιου είδους φαρμακευτική αγωγή. Επιπλέον, από το σύνολο του κλινικού δείγματος, οι 21 (16%) είχαν λάβει διάγνωση ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική ΔΠ, οι 19 (14,5%) αγχώδη και εξαρτητική ΔΠ, οι 16 (12,2%) αντικοινωνική, οι 17 (13,2%) σχιζοειδή ΔΠ, οι 11 (8,4%) οριακή ΔΠ και οι υπόλοιποι (35,7%) άλλες διαγνώσεις ΔΠ. Οι συμμετέχοντες σε αυτήν την μελέτη συμπλήρωσαν το ΔΕΠ-5 χειρογραφικά, αφού ενημερώθηκαν από τον ερευνητή για τους σκοπούς της έρευνας και τη διασφάλιση της ανωνυμίας τους.

### **7.2.2. Εργαλεία**

Για τις παραπάνω μελέτες υιοθετήθηκαν τα ακόλουθα εργαλεία που διακρίθηκαν σε δυο ομάδες: ερωτηματολόγια προσωπικότητας και ερωτηματολόγια ψυχοπαθολογίας.

#### *A. Ερωτηματολόγια Προσωπικότητας:*

Για την αξιολόγηση της γενικής προσωπικότητας, χρησιμοποιήθηκαν δύο κλίμακες. Για την αξιολόγηση με βάση το μοντέλο των πέντε παραγόντων χρησιμοποιήθηκε το Τεστ Χαρακτηριστικών Προσωπικότητας (ΤΕΧΑΠ, Τσαούσης, 1999). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο 206 στοιχείων που αξιολογεί χαρακτηριστικά της γενικής προσωπικότητας. Οι δείκτες αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής (Cronbach's  $\alpha$ ) για τους πέντε παράγοντες είναι: α) Εξωστρέφεια 0,88, β) Νευρωτισμός 0,89, γ) Δεκτικότητα στην Εμπειρία 0,83, δ) Προσήνεια 0,78, ε) Ευσυνειδησία 0,88. Η απαντητική κλίμακα είναι μια κλίμακα πέντε σημείων τύπου Likert όπου 1 = «Δεν με αντιπροσωπεύει καθόλου», έως το 5 = «Με αντιπροσωπεύει πάρα πολύ».

Για την αξιολόγηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας σύμφωνα με το μοντέλο των έξι παραγόντων HEXACO, το ερωτηματολόγιο HEXACO Personality Inventory (HPI, (Lee & Ashton, 2004). Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει 100 στοιχεία και έχει προσαρμοστεί στην ελληνική γλώσσα (Psychountaki & Sotiriou, 2009). Οι δείκτες αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής έχουν ως εξής: α) Ειλικρίνεια-Ταπεινοφροσύνη (Honesty-Humility,  $\alpha = 0,87$ ), β) Συναισθηματικότητα (Emotionality,  $\alpha = 0,84$ ), γ) Εξωστρέφεια (Extraversion,  $\alpha = 0,87$ ), δ) Προσήνεια (Agreeableness,  $\alpha = 0,88$ ), ε) Ευσυνειδησία (Conscientiousness,  $\alpha = 0,87$ ), στ) Δεκτικότητα στην Εμπειρία (Openness to Experience,  $\alpha = 0,87$ ). Η απαντητική κλίμακα είναι μια κλίμακα πέντε σημείων τύπου Likert όπου 1 = «Διαφωνώ απόλυτα», έως το 5 = «Συμφωνώ απόλυτα».

### *B. Ερωτηματολόγια Ψυχοπαθολογίας:*

Για την αξιολόγηση των παθολογικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα ερωτηματολόγια: Αρχικά, το Personality Inventory for DSM-5 (PID-5, Krueger et al., 2012), ένα ερωτηματολόγιο 220 στοιχείων για την αξιολόγηση των δυσλειτουργικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα ελληνικά για τις ανάγκες της συγκεκριμένης μελέτης με τη μέθοδο της επιτροπής (committee approach) (Harkness & Schoua-Glusberg, 1998). Οι δείκτες αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής έχουν ως εξής: α) Αρνητικό Συναίσθημα (Negative Affectivity,  $\alpha = 0,86$ ), β) Αποστασιοποίηση (Detachment,  $\alpha = 0,92$ ), γ) Ανταγωνισμός (Antagonism,  $\alpha = 0,92$ ), δ) Άρση Αναστολών (Disinhibition,  $\alpha = 0,82$ ), ε) Ψυχωτισμός (Psychoticism,  $\alpha = 0,87$ ). Η απαντητική κλίμακα είναι μια κλίμακα τεσσάρων σημείων τύπου Likert όπου 1 = «Διαφωνώ απόλυτα», έως το 4 = «Συμφωνώ απόλυτα».

Επιπλέον, χορηγήθηκε το Schizotypy Personality Questionnaire (SPQ, Raine, 1991). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο 74 στοιχείων που αξιολογεί τα σχιζότυπα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά (Tsaousis et al., 2015) και περιλαμβάνει 4 ανώτερους παράγοντες. Οι δείκτες αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής έχουν ως εξής: α) Γνωσιακός-αντιληπτικός (Cognitive perceptual,  $\alpha = 0,80$ ), β) Παρανοειδής (Paranoid,  $\alpha = 0,84$ ), γ) Αρνητικός (Negative,  $\alpha = 0,88$ ), δ) Αποδιοργάνωση (Disorganization,  $\alpha = 0,79$ ). Ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής για τις 9 κατώτερες διαστάσεις κυμαίνεται από 0,58 έως 0,80, ενώ η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων υπήρξε υψηλή ( $r = 0,82$ ). Η απαντητική κλίμακα είναι μια κλίμακα διπλής απάντησης «Ναι» ή «Όχι».

Τέλος, χορηγήθηκε το Dark Factor Personality Inventory (D-Factor, Moshagen et al., 2018). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο 70 στοιχείων για την αξιολόγηση του Σκοτεινού Παράγοντα της Προσωπικότητας. Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα ελληνικά για τις ανάγκες της συγκεκριμένης μελέτης με τη μέθοδο της επιτροπής και ο συνολικός δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής του είναι 0,95. Η απαντητική κλίμακα είναι μια κλίμακα πέντε σημείων τύπου Likert όπου 1 = «Διαφωνώ απόλυτα», έως το 5 = «Συμφωνώ απόλυτα».

### **7.3. Αποτελέσματα**

#### **7.3.1. Συγχρονική Εγκυρότητα του ΔΕΠ-5**

Το ΕΜΔΠ από τη στιγμή της θεωρητικής του τεκμηρίωσης συνδέθηκε άμεσα με το Personality Inventory for DSM-5 (PID-5, Krueger et al., 2012). Μέχρι σήμερα το PID-5 αποτελεί το πιο ευρέως διαδεδομένο εργαλείο για τις διαταραχές προσωπικότητας σύμφωνα με το DSM-5. Τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά του PID-5 έχουν αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο της διδακτορικής διατριβής (Κεφάλαιο 3, Ενότητα 3.3.). Επιπρόσθετα, το PID-5 επιλέχθηκε για τους ακόλουθους δυο λόγους. Πρώτον, έχει μέχρι στιγμής χρησιμοποιηθεί σε ένα πλήθος ερευνών επιβεβαιώνοντας τις ψυχομετρικές του ιδιότητες και την επάρκεια του στην αξιολόγηση των ΔΠ (Al-Dajani et al., 2015· Clark et al., 2015· Gutiérrez et al., 2017· Quilty et al., 2013· Watters & Bagby, 2017· Wright et al., 2012). Κατά δεύτερο, οι 25 διαστάσεις του PID-5 έχουν κοινό πεδίο εννοιολογικής απόδοσης με τα στοιχεία που απαρτιώνουν με το ΔΕΠ-5 και ουσιαστικά θα μπορούσαν να αποτελούν ένα είδος διαπολιτισμικής επιβεβαίωσης του ΕΜΔΠ στον ελληνικό πληθυσμό. Με αυτό το σκεπτικό, αναμένεται θετική συσχέτιση μεταξύ των δυο εργαλείων. Στους Πίνακες 19 και 20 που ακολουθούν, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης.

**Πίνακας 19**

Ενδοσυγγετίσεις μεταξύ των 25 Διαστάσεων ΔΕΠ-5 και του PID-5

PID-5	ΔΕΠ-5																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1. ANY	.80**	.58**	.26**	.66**	.26**	.56**	.41**	.54**	.63**	.19**	.50**	.35**	.14**	.15**	.10**	-.00	-.06	.40**	.11	.24**	.31**	-.13**	.21**	.44**	.09
2. SYN	.52**	.76**	.39**	.55**	.03	.34**	.27**	.41**	.47**	.14**	.42**	.33**	.31**	-.01	.12**	.17**	.12**	.41**	.38**	.29**	.20**	-.11**	.28**	.46**	.22**
3. ΕΠΠ	.27**	.41**	.79**	.41**	.21**	.17**	-.00	.37**	.38**	.29**	.36**	.35**	.18**	.31**	.28**	.20**	.31**	.27**	.38**	.25**	.20**	-.04**	.36**	.42**	.22**
4. ΕΜΜ	.49**	.49**	.25**	.60**	.40**	.41**	.43**	.52**	.57**	.34**	.46**	.42**	.28**	.28**	.22**	.13**	.03	.53**	.15**	.41**	.36**	-.20**	.33**	.56**	.21**
5. ΠΕΣ	.06	.12**	.08	.23**	.80**	.06	.20**	.39**	.37**	.55**	.31**	.59**	-.09	.78**	.28**	.05	.07	.21**	-.14**	.26**	.16**	-.01**	.36**	.40**	.15**
6. ΑΝΑ	.49**	.37**	.13**	.39**	.12**	.89**	.43**	.34**	.38**	-.01	.27**	.15**	.35**	.04	.13**	.06	.01	.22**	.04	.29**	.15**	-.27**	-.01	.18**	.06
7. ΕΝΔ	.37**	.33**	-.06	.33**	.20**	.34**	.80**	.34**	.43**	.19**	.31**	.31**	.26**	.10	.19**	-.02	.06	.29**	.05	.36**	.09	-.26**	.01	.28**	.07
8. ΑΝΔ	.40**	.47**	.23**	.46**	.46**	.36**	.38**	.91**	.65**	.45**	.44**	.59**	.07	.41**	.18**	-.05	-.11	.45**	-.00	.45**	.13**	-.26**	.26**	.46**	.01
9. ΚΑΘ	.43**	.52**	.25**	.51**	.38**	.35**	.41**	.81**	.92**	.46**	.57**	.59**	.06	.30**	.16**	-.12**	-.12**	.47**	.09	.46**	.16**	-.16**	.30**	.48**	.02
10. ΑΠΟ	.09	.16**	.05	.18**	.43**	-.04	.22**	.45**	.47**	.67**	.35**	.52**	-.09	.35**	.11	-.05	-.03	.25**	-.02	.32**	.07	-.18**	.28**	.31**	.11**
11. ΚΑΧ	.36**	.35**	.25**	.34**	.30**	.19**	.24**	.37**	.43**	.33**	.81**	.54**	.05	.29**	.19**	.21**	.04	.18**	.11**	.23**	.28**	.00	.34**	.38**	.29**
12. ΑΠΣ	.25**	.36**	.18**	.36**	.61**	.21**	.35**	.60**	.63**	.63**	.51**	.88**	-.02	.54**	.27**	.05	.02	.37**	-.02	.47**	.14**	-.25**	.36**	.46**	.13**
13. ΑΝΖ	.01	.16**	.20**	.18**	-.07	.18**	.16**	.05	.03	.07	.07	-.05	.82**	-.01	.34**	.40**	.44**	.13**	.28**	.16**	.06	-.04**	.18**	.22**	.23**
14. ΨΥΧ	.10	.24**	.43**	.24**	.31**	.01	.06	.36**	.36**	.40**	.32**	.43**	.08	.70**	.40**	.22**	.32**	.23**	.21**	.30**	.11**	.06	.40**	.45**	.20**
15. ΔΟΛ	.11	.20**	.18**	.23**	.25**	.17**	.26**	.19**	.21**	.28**	.22**	.26**	.34**	.35**	.83**	.19**	.57**	.23**	.22**	.39**	.06	.03	.28**	.39**	.27**
16. ΜΕΓ	.04	.10	.18**	.12**	.09	-.07	.01	.05	.00	.21**	.23**	.23**	.28**	.17**	.22**	.78**	.41**	.07	.16**	.08	.21**	-.00	.40**	.26**	.44**
17. ΧΕΡ	.00	.08	.24**	.10	.11	.03	.09	-.01	-.03	.18**	.01	.12**	.37**	.26**	.69**	.35**	.70**	.06	.26**	.18**	.07	.05	.25**	.24**	.41**
18. ΔΙΑ	.33**	.44**	.22**	.43**	.31**	.28**	.34**	.51**	.55**	.41**	.32**	.38**	.19**	.22**	.19**	.02	.05	.89**	.24**	.57**	.08	-.12**	.23**	.48**	.07
19. ΠΑΡ	.16**	.29**	.35**	.19**	-.11	.04	.10	.09	.15**	.19**	.18**	.08	.25**	-.07	.25**	.10	.25**	.27**	.85**	.25**	-.06	.07	.27**	.33**	.20**
20. ΑΝΘ	.13**	.30**	.22**	.26**	.30**	.18**	.31**	.39**	.42**	.40**	.32**	.38**	.28**	.26**	.43**	.09	.23**	.47**	.30**	.60**	-.04**	-.12**	.31**	.38**	.15**
21. ΑΠΤ	.44**	.29**	.24**	.41**	.25**	.25**	.16**	.22**	.25**	.15**	.36**	.24**	.08	.23**	.07	.23**	.09	.16**	-.01	-.07	.78**	.10	.27**	.33**	.29**
22. ΠΙΣ	-.18**	-.06	.09	-.09	-.07	-.28**	-.30**	-.14**	-.14**	.04	.00	-.09	.03	.11	.11	.19**	.26**	.03	.18**	-.18**	.12**	.72**	.22**	.09	.18**
23. ΕΚΚ	.24**	.40**	.32**	.50**	.41**	.13**	.21**	.36**	.43**	.40**	.41**	.46**	.17**	.47**	.37**	.24**	.22**	.34**	.29**	.33**	.20**	-.00	.82**	.53**	.40**
24. ΓΑΑ	.39**	.56**	.25**	.58**	.36**	.23**	.30**	.43**	.52**	.39**	.52**	.40**	.20**	.33**	.32**	.17**	.14**	.49**	.25**	.34**	.24**	-.04**	.47**	.71**	.41**
25. ΑΠΕ	.16**	.26**	.17**	.27**	.15**	-.04	.00	.13**	.15**	.21**	.37**	.27**	.07	.17**	.25**	.34**	.21**	.15**	.25**	.15**	.15**	.08	.47**	.45**	.62**

Σημείωση. N = 298

\*\* $p < 0,01$ . \*  $p < 0,05$



## Πίνακας 20

Αποτελέσματα Συγχρονικής Εγκυρότητας 5 Παραγόντων ΔΕΠ-5 και PID-5

PID-5	Παράγοντες ΔΕΠ-5				
	Αρνητικό Συναίσθημα	Αποστασιοποίηση	Ανταγωνισμός	Άρση Αναστολών	Ψυχωτισμός
Αρνητικό Συναίσθημα	0,89**	0,71**	0,35**	0,52**	0,47**
Αποστασιοποίηση	0,60**	0,93**	0,21**	0,38**	0,44**
Ανταγωνισμός	0,26**	0,26**	0,83**	0,37**	0,51**
Άρση Αναστολών	0,46**	0,47**	0,40**	0,84**	0,54**
Ψυχωτισμός	0,48**	0,52**	0,44**	0,50**	0,84**

Σημείωση. N = 298

\*\*  $p < .01$ . \*  $p < .05$

Από τα αποτελέσματα της διερεύνησης της σχέσης μεταξύ των 25 διαστάσεων του ΔΕΠ-5 και του PID-5, αναδείχθηκαν σημαντικές συσχετίσεις που κυμαίνονταν από  $r = 0,60$  (Εμμονική Επαναληπτικότητα) έως  $r = 0,92$  (Καταθλιπτικότητα). Συνολικά, το μοτίβο των συσχετίσεων αναδεικνύει μέτριες προς υψηλές συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων των δυο εργαλείων. Αντίστοιχα από τα αποτελέσματα των δυο εργαλείων σε επίπεδο 5 ανώτερων παραγόντων (Πίνακας 20), οι συσχετίσεις υπήρξαν υψηλές, από  $r = 0,83$  (Ανταγωνισμός) έως  $r = 0,93$  (Αποστασιοποίηση). Από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης μπορούμε να ισχυριστούμε ότι οι κλίμακες του ΔΕΠ-5 εμφανίζουν συγχρονική εγκυρότητα χρησιμοποιώντας ως κριτήριο το PID-5, το κατεξοχήν εργαλείο μέτρησης του ΕΜΔΠ.

### 7.3.2. Συγκλίνουσα και αποκλίνουσα εγκυρότητα του ΔΕΠ-5

Από την ανάδειξη του ΕΜΔΠ το 2013 μέχρι σήμερα, πλήθος ερευνών έχουν πραγματοποιηθεί γύρω από την εγκυρότητα του μοντέλου, στο πλαίσιο των οποίων μελετάται η

σχέση του με διάφορες μεταβλητές από το χώρο της ψυχοπαθολογίας, όπως η γενική ψυχοπαθολογία (Barchi-Ferreira et al., 2020· Pires et al., 2017), η χρήση ουσιών (Heath et al., 2018), καθώς και η γενική ψυχική υγεία (Góngora et al., 2017). Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε η εννοιολογική του συσχέτιση και με τα μοντέλα γενικής προσωπικότητας (Lau et al., 2023), όπως το μοντέλο των πέντε παραγόντων (ΜΠΠ) (π.χ., De Fruyt et al., 2013· Gore & Widiger, 2013· Griffin & Samuel, 2014· Thomas et al., 2013· Wright & Simms, 2014). Σύμφωνα με το ΜΠΠ, η προσωπικότητα του ατόμου καθορίζεται από πέντε βασικές διαστάσεις, οι οποίες ονομαστικά είναι: α) η εξωστρέφεια» (extraversion), β) η προσήνεια (agreeableness), γ) η δεκτικότητα στην εμπειρία (openness to experience), δ) ο νευρωτισμός (neuroticism) και ε) η ευσυνειδησία (conscientiousness) (Costa & McCrae, 1992). Όπως σημειώνουν οι Krueger και Markon (2014), το ΕΜΠΔ «μπορεί να γίνει αντιληπτό ως οι ακραίες δυσπροσαρμοστικές εκδηλώσεις του ΜΠΠ που αποτελεί το πιο εκτεταμένο μοντέλο έρευνας γύρω από την προσωπικότητα και τις ατομικές διαφορές» (σελ., 480).

Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων του ΜΠΠ και του ΕΜΔΠ (Pocnet et al., 2018· Widiger και McCabe, 2020). Μάλιστα, οι Gore και Widiger (2013) στην έρευνά τους ανέφεραν ότι «διαπιστώθηκαν υψηλές συσχετίσεις μεταξύ των περισσότερων ανώτερων ιεραρχικά παραγόντων μεταξύ των δυο μοντέλων» (σελ. 818), γεγονός που επιβεβαιώθηκε και από τους Quilty et al. (2013). Από την άλλη, σε έρευνες εγκυρότητας του ΕΜΔΠ με το ΜΠΠ, έχει καταδειχθεί η σχεδόν μηδενική συσχέτιση μεταξύ του παράγοντα του «Ανταγωνισμού» και του «Ψυχωτισμού» με το ΜΠΠ (Crego et al., 2018· Helle et al., 2017) γεγονός που αναδεικνύει τις ιδιαιτερότητες των δυο αυτών παραγόντων του ΕΜΔΠ. Ακολουθώντας τη σύγχρονη συζήτηση γύρω από τη σχέση των δυο θεωρητικών μοντέλων, αναμένεται μέτρια προς υψηλή συσχέτιση των παραγόντων του

«Αρνητικού Συναισθήματος», της «Αποστασιοποίησης» και της «Άρσης Αναστολών» του ΔΕΠ-5 με τους παράγοντες του «Νευρωτισμού», της «Προσήνειας» και της «Ευσυνειδησίας» και μηδενική συσχέτιση του «Ανταγωνισμού» και του «Ψυχωτισμού» με τις διαστάσεις του ΤΕΧΑΠ. Στον Πίνακα 21 που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης.

### Πίνακας 21

Αποτελέσματα Συγκλίνουσας-Αποκλίνουσας Εγκυρότητας 5 Παραγόντων ΔΕΠ-5 και ΤΕΧΑΠ

	Παράγοντες ΔΕΠ-5				
	Αρνητικό Συναίσθημα	Αποστασιοποίηση	Ανταγωνισμός	Άρση Αναστολών	Ψυχωτισμός
ΤΕΧΑΠ (N = 520)					
Νευρωτισμός	0,81**	0,67**	0,21**	0,65**	0,34**
Εξωστρέφεια	-0,45**	-0,60**	0,03	-0,38**	-0,05
Προσήνεια	-0,29**	-0,41**	-0,62**	-0,14**	-0,24**
Ευσυνειδησία	-0,40**	-0,39**	-0,15**	-0,48**	-0,23**
Δεκτικότητα στην Εμπ.	-0,19**	-0,33**	-0,05	-0,14**	0,10**

Σημείωση. N = 520

\*\*  $p < .01$ . \*  $p < .05$

Αναφορικά με τον έλεγχο της σχέσης μεταξύ των ΔΕΠ-5 και ΤΕΧΑΠ, από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, βρέθηκε ότι η διάσταση του «Νευρωτισμού» από το ΤΕΧΑΠ παρουσίασε υψηλή συσχέτιση ( $r = 0,81$ ,  $p < 0,01$ ) με τον παράγοντα «Αρνητικό Συναίσθημα» του ΔΕΠ-5, και μέτρια προς υψηλή συσχέτιση με τους παράγοντες «Αποστασιοποίηση» και «Άρση Αναστολών» ( $r = 0,67$  και  $r = 0,65$ ,  $p < 0,01$  αντίστοιχα). Όλες οι υπόλοιπες σχέσεις μεταξύ παραγόντων ΔΕΠ-5 και διαστάσεων ΤΕΧΑΠ παρουσίασαν μέτρια προς υψηλή αρνητική συσχέτιση, όπως ενδεικτικά η «Εξωστρέφεια» με την «Αποστασιοποίηση» ( $r = -0,60$ ,  $p < 0,01$ ) και η «Προσήνεια» με τον «Ανταγωνισμό» ( $r = -0,62$ ,  $p < 0,01$ ). Παράλληλα, οι παράγοντες

«Ανταγωνισμός» και «Ψυχωτισμός» του ΔΕΠ-5 παρουσίασαν σχεδόν μηδενική συσχέτιση με τις υπόλοιπες διαστάσεις του ΤΕΧΑΠ. Συνολικά, τα ανωτέρω αποτελέσματα συνηγορούν τόσο υπέρ της συγκλίνουσας (Αρνητικό Συναίσθημα, Αποστασιοποίηση, Άρση Αναστολών) όσο και της αποκλίνουσας (Ανταγωνισμός, Ψυχωτισμός) εγκυρότητας μεταξύ των ανώτερων παραγόντων ΔΕΠ-5 και διαστάσεων ΤΕΧΑΠ.

Το ΜΠΠ αποτελεί αναμφίβολα το μοντέλο προσωπικότητας που έχει ερευνηθεί περισσότερο η σχέση του με το ΕΜΔΠ καθώς αποτελεί και το διαμετρικά αντίθετο μοντέλο της γενικής προσωπικότητας. Ωστόσο, αρκετές διαπολιτισμικές έρευνες ξεκινώντας από τη λεξικολογική υπόθεση, έχουν αναδείξει μια δομή προσωπικότητας όχι με πέντε αλλά με έξι παράγοντες (Ashton & Lee, 2010· Saucier, 2009). Οι έξι παράγοντες που αναδεικνύουν το μοντέλο HEXACO είναι: Ειλικρίνεια-Ταπεινοφροσύνη (Honesty-Humility-H), Συναισθηματικότητα (Emotionality-E), Εξωστρέφεια (Extraversion-X), Προσήνεια (Agreeableness-A), Ευσυνειδησία (Conscientiousness-C) και Δεκτικότητα στην Εμπειρία (Openness to Experience-O).

Στη μελέτη των Ashton et al. (2012), έγινε μια προσπάθεια να καταδειχθεί μια σχέση μεταξύ διαστάσεων και παραγόντων ανάμεσα στα δυο μοντέλα (HEXACO-ΕΜΔΠ). Τα αποτελέσματα τους κατέδειξαν μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ «Αρνητικού Συναίσθηματος» και των διαστάσεων της «Ειλικρίνειας», της «Συναισθηματικότητας» και της «Προσήνειας», μέτρια αρνητική συσχέτιση μεταξύ «Αποστασιοποίησης» και «Εξωστρέφειας» όπως και «Άρσης Αναστολών» με την «Συναισθηματικότητα», την «Εξωστρέφεια» και την «Ευσυνειδησία». Από την άλλη, τα αποτελέσματά τους ανέδειξαν σχεδόν μηδενική σχέση μεταξύ του παράγοντα της «Αποστασιοποίησης» με τις λοιπές διαστάσεις του HEXACO, όπως και του «Ανταγωνισμού» και του «Ψυχωτισμού» με τις περισσότερες διαστάσεις του HEXACO.

Αναφορικά με τη χαμηλή συσχέτιση μεταξύ «Ψυχωτισμού» και «Δεκτικότητας στην Εμπειρία» οι ερευνητές συμπέραναν ότι τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του «Ψυχωτισμού» σχετίζονται περισσότερο με τη διάσταση της σχιζοτυπίας και είναι αρκετά ανεξάρτητα από τη «Δεκτικότητα στην Εμπειρία» (Ashton et al., 2012· Watson et al., 2008). Για το σκοπό αυτό χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο της Σχιζότυπης προσωπικότητας σε επόμενη υπό-μελέτη. Κατά τον ίδιο τρόπο και σε αυτή την υπό-μελέτη αναμένονται μέτριες συσχετίσεις των παραγόντων του «Αρνητικού Συναισθήματος» και της «Άρσης Αναστολών» με τις διαστάσεις τους HEXACO και σχεδόν μηδενικές μεταξύ των παραγόντων της «Αποστασιοποίησης», του «Ανταγωνισμού» και του «Ψυχωτισμού» με τις διαστάσεις του HEXACO. Στον Πίνακα 22 που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης.

## Πίνακας 22

Αποτελέσματα Συγκλίνουσας-Αποκλίνουσας Εγκυρότητας 5 Παραγόντων ΔΕΠ-5 και HEXACO

	Παράγοντες ΔΕΠ-5				
	Αρνητικό Συναίσθημα	Αποστασιοποίηση	Ανταγωνισμός	Άρση Αναστολών	Ψυχωτισμός
HEXACO					
Ειλικρίνεια	-0,31**	-0,29**	-0,49**	-0,19**	-0,25**
Συναισθηματικότητα	0,50**	0,13*	-0,14*	0,39**	0,04
Εξωστρέφεια	-0,49**	-0,66**	0,02	-0,38**	-0,15*
Προσήνεια	-0,36**	-0,29**	-0,33**	-0,26**	-0,30**
Ευσυνειδησία	-0,13*	-0,18**	0,00	-0,32**	-0,13*
Δεκτικότητα στην Εμπ.	-0,10	-0,17**	0,11	-0,00	0,23**

Σημείωση. N = 285

\*\*  $p < .01$ . \*  $p < .05$

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης μεταξύ παραγόντων του ΔΕΠ-5 και διαστάσεων του HEXACO-PI-R ανέδειξαν μέτρια συσχέτιση μεταξύ του παράγοντα «Αρνητικό Συναίσθημα»

του ΔΕΠ-5 και της διάστασης της «Συναισθηματικότητας» του HEXACO ( $r = 0,50, p < 0,01$ ), με τις λοιπές συσχετίσεις να είναι κατά κύριο λόγο αρνητικές (από  $r = -0,13$  έως  $r = -0,66$ ). Παράλληλα, διαπιστώθηκε σχεδόν μηδενική συσχέτιση ( $r = 0,04 - r = -0,26$ ) κυρίως για τους παράγοντες της «Αποστασιοποίησης» και του «Ψυχωτισμού» και μερικώς για την «Άρση Αναστολών» με τις διαστάσεις του HEXACO.

Η πιο αμφιλεγόμενη ίσως σχέση που έχει εκτενώς μελετηθεί μεταξύ ΜΠΠ και ΕΜΔΠ είναι αυτή μεταξύ της διάστασης της «Δεκτικότητας στην Εμπειρία» και του «Ψυχωτισμού» (Widiger & McCabe, 2020). Σχεδόν στην πλειοψηφία των ερευνών η σχέση αυτή παρουσιάζει χαμηλές και αδύναμες συσχετίσεις (Crego et al., 2018· DeYoung et al., 2016· Griffin & Samuel, 2014· Gore & Widiger, 2013), αν και υπάρχουν κάποιες άλλες που παρουσιάζουν σχεδόν μηδενική συσχέτιση (Wright & Simms, 2014· Zimmermann et al., 2014). Κατά τους ερευνητές το φαινόμενο αυτό ερμηνεύεται αν ληφθούν υπόψη οι διαστάσεις που λανθάνουν πίσω από τον παράγοντα της «Δεκτικότητας στην Εμπειρία» όπως είναι η «Διανόηση», η «Εκκεντρικότητα» καθώς και γενικότερα το συναίσθημα και η συμπεριφορά της αντισυμβατικότητας. Στοιχεία που συνάδουν περισσότερο με ένα μοντέλο πιο κοντά στη σχιζότυπη προσωπικότητα (Tellegen, 1993).

Για τη σχιζότυπη προσωπικότητα οι Johns και van Os (2001) έχουν διατυπώσει την άποψη ότι πρόκειται για μια έννοια που είναι μάλλον ένα ποσοτικό χαρακτηριστικό που κυμαίνεται μεταξύ γενικής φυσιολογικής προσωπικότητας και των ορίων της ψύχωσης, με τα σχιζότυπα χαρακτηριστικά να είναι διάσπαρτα σε αυτό το φάσμα. Αντίστοιχα, σε άλλες έρευνες διερεύνησης της σχέσης του ΕΜΠΔ με το μοντέλο της σχιζότυπης προσωπικότητας, αναδείχθηκε η μέτρια σχέση του «Παρανοειδούς» και του «Αρνητικού» με τους παράγοντες του ΕΜΠΔ, με εξαίρεση τον «Ανταγωνισμό» που εμφάνισε χαμηλές έως μηδενικές συσχετίσεις

(Asan & Pincus, 2023· Ashton et al., 2012· Kemp et al., 2022). Με αυτό το σκεπτικό, μελετήθηκε η σχέση μεταξύ του ΔΕΠ-5 και των σχιζότυπων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, όπου και αναμένεται μέτρια συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων του ΔΕΠ-5 και του SPQ. Στον Πίνακα 23 που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης.

### Πίνακας 23

Αποτελέσματα Συγκλίνουσας-Αποκλίνουσας Εγκυρότητας 5 Παραγόντων ΔΕΠ-5 και SPQ

	Παράγοντες ΔΕΠ-5				
	Αρνητικό Συναίσθημα	Αποστασιοποίηση	Ανταγωνισμός	Άρση Αναστολών	Ψυχωτισμός
SPQ					
Γνωστικός-Αντιληπτικός	0,24**	0,14*	0,14*	0,21**	0,42**
Παρανοειδής	0,61**	0,61**	0,26**	0,48**	0,43**
Αρνητικός	0,63**	0,75**	0,21**	0,47**	0,40**
Αποδιοργανωτικός	0,37**	0,42**	0,24**	0,41**	0,65**

Σημείωση. N = 259

\*\*  $p < .01$ . \*  $p < .05$

Τα αποτελέσματα (Πίνακας 23) παρουσίασαν μέτρια θετική συσχέτιση για τον παράγοντα «Αρνητικό Συναίσθημα» του ΔΕΠ-5 και «Παρανοειδή» και «Αρνητικό Παρανοειδή» του SPQ ( $r = 0,61$  και  $0,63$ ,  $p < 0,01$ , αντίστοιχα). Επίσης, μέτρια προς υψηλή θετική συσχέτιση μεταξύ του παράγοντα της «Αποστασιοποίησης» του ΔΕΠ-5 και των παραγόντων «Παρανοειδή» και «Αρνητικό Παρανοειδή» ( $r = 0,61$  και  $0,75$ ,  $p < 0,01$ , αντίστοιχα). Τέλος, μέτρια θετική συσχέτιση παρουσίασε ο παράγοντας του «Ψυχωτισμού» με τον παράγοντα της «Αποδιοργάνωσης» του SPQ ( $r = 0,65$ ,  $p < 0,01$ ). Μηδενική συσχέτιση εμφάνισε ο παράγοντας του «Ανταγωνισμού» με το σύνολο των διαστάσεων του SPQ. Συνολικά, τα παραπάνω αποτελέσματα ακολουθούν το μοτίβο των αναμενόμενων σχέσεων μεταξύ των κλίμακων του

ΔΕΠ-5 και των σχιζότυπων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, ενισχύοντας περαιτέρω με αυτό τον τρόπο τόσο τη συγκλίνουσα όσο και την αποκλίνουσα εγκυρότητα του εργαλείου.

Μία ακόμα μεταβλητή που έχει προσελκύσει τα τελευταία χρόνια τους ερευνητές της προσωπικότητας και της ψυχοπαθολογίας της προσωπικότητας, είναι ο Σκοτεινός Παράγοντας της Προσωπικότητας (D-Factor, Moshagen et al., 2018). Ο Σκοτεινός Παράγοντας αποτελεί τον μεγάλο λανθάνοντα παράγοντα πίσω από τα «απεχθή» χαρακτηριστικά που έχουν ως κοινό στοιχείο «την γενική τάση του ατόμου να προσπαθεί να ωφεληθεί τα μέγιστα, αγνοώντας ή και χωρίς να ενδιαφέρεται για τη δυσφορία που προκαλεί στους άλλους, και μάλιστα δικαιολογώντας αυτή του συμπεριφορά με αντίστοιχες πεποιθήσεις» (Moshagen et al., 2018, σελ. 657). Παράλληλα, ο Σκοτεινός Παράγοντας σχετίζεται και με τον ναρκισσισμό και την παρανοϊκότητα, αφού το άτομο διατηρεί τις πεποιθήσεις περί προσωπικής ανωτερότητας και επιφυλακτικότητας προς τους άλλους (Hilbig et al., 2020). Με τον τρόπο αυτό ο Σκοτεινός Παράγοντας φαίνεται να έχει ισχυρή σχέση με τα ανταγωνιστικά χαρακτηριστικά και ειδικά για το ΕΜΔΠ με τον παράγοντα του «Ανταγωνισμού», μια σχέση που αναμένεται να αναδειχθεί και από τα δεδομένα της συγκεκριμένης υπό-μελέτης. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης έδειξαν ότι όλες οι κλίμακες του ΔΕΠ-5 παρουσιάζουν μέτρια θετική συσχέτιση με όλες τις διαστάσεις του D-Factor, με συσχετίσεις που κυμαίνονται από 0,29 (Άρση Αναστολών) έως 0,62 (Ανταγωνισμός). Συνολικά, τα ευρήματα επιβεβαιώνουν τη συγκλίνουσα εγκυρότητα του παράγοντα του «Ανταγωνισμού» με το Σκοτεινό Παράγοντα.

Το ΕΜΔΠ αν και αποτελεί ένα μοντέλο για τις διαταραχές προσωπικότητας, αποτελεί ταυτόχρονα και ένα μοντέλο για την περιγραφή της παθολογίας της προσωπικότητας, τις δυσπροσαρμοστικές εκφάνσεις της γενικής προσωπικότητας. Με αυτό το σκεπτικό, ένα μέρος των ερευνών γύρω από το ΕΜΔΠ αφορά τη σχέση του με άλλες ψυχοπαθολογικές οντότητες



(Cavicchioli et al., 2020· Creswell, 2016· Krueger & Piasecki, 2002· Sleep et al., 2017) καθώς και στην προσπάθεια διερεύνησης αυτής της σχέσης. Από τις μέχρι σήμερα μελέτες, αλλά και από τη συνολική ερευνητική σχέση μεταξύ διαστάσεων παθολογίας της προσωπικότητας και της ψυχοπαθολογίας (Clark, 2005· DeYoung et al., 2016· Widiger & Trull, 2007) διαφαίνεται μια ιδιαίτερη σχέση με σύνθετους συσχετισμούς που παραμένει υπό διερεύνηση και θα έπρεπε να τύχει περαιτέρω μελέτης. Με δεδομένη αυτήν την ερευνητική υπόθεση αλλά και τη διερεύνηση επιπλέον πληροφοριών που ενδεχομένως να περιέχουν οι διαστάσεις και παράγοντες του ΕΜΔΠ σε σχέση με την γενικότερη ψυχοπαθολογική συμπτωματολογία, μελετήθηκε η σχέση μεταξύ των διαστάσεων του ΕΜΔΠ και των διαστάσεων ψυχολογικών συμπτωμάτων του BSI. Με αυτό το σκεπτικό, στη συγκεκριμένη υπό-μελέτη αναμένεται οι παράγοντες του ΔΕΠ-5 θα έχουν μέτρια θετική συσχέτιση με τις διαστάσεις του Brief Symptoms Inventory-BSI. Στον Πίνακα 24 που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης.

#### Πίνακας 24

Αποτελέσματα Συγκλίνουσας-Αποκλίνουσας Εγκυρότητας 5 Παραγόντων ΔΕΠ-5 και BSI

	Παράγοντες ΔΕΠ-5				
	Αρνητικό Συναίσθημα	Αποστασιοποίηση	Ανταγωνισμός	Άρση Αναστολών	Ψυχωτισμός
BSI					
Σωματοποίηση	0,46**	0,42**	0,17**	0,38**	0,33**
Ψυχαναγκαστικότητα	0,55**	0,45**	0,08	0,55**	0,31**
Ανασφάλεια	0,58**	0,55**	0,13*	0,47**	0,29**
Κατάθλιψη	0,60**	0,63**	0,12	0,46**	0,32**
Άγχος	0,59**	0,47**	0,14*	0,42**	0,33**
Εχθρότητα	0,49**	0,41**	0,27**	0,33**	0,32**
Φοβία	0,50**	0,43**	0,14*	0,32**	0,32**
Παράνοια	0,52**	0,61**	0,30**	0,42**	0,40**

Ψυχωτικός	0,59**	0,61**	0,22**	0,40**	0,36**
BSI-Γενικός Δείκτης	0,62**	0,65**	0,21**	0,53**	0,43**

Σημείωση. N = 259

\*\*  $p < .01$ . \*  $p < .05$

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης των σχέσεων μεταξύ παραγόντων ΔΕΠ-5 και διαστάσεων BSI, παρουσίασαν μέτριες συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων «Αρνητικό Συναίσθημα» (από  $r = 0,46$  έως  $r = 0,60$ ,  $p < 0,01$ ) και «Αποστασιοποίηση» (από  $r = 0,41$  έως  $r = 0,61$ ,  $p < 0,01$ ) με όλες τις διαστάσεις του BSI, καθώς και με τον γενικό δείκτη συμπτωματολογίας ( $r = 0,62$  και  $r = 0,65$ ,  $p < 0,01$ , αντίστοιχα). Αντίθετα, σχεδόν μηδενική συσχέτιση παρουσίασε ο παράγοντας του «Ανταγωνισμού» με όλες τις διαστάσεις του BSI. Τα ευρήματα αυτής της ανάλυσης ουσιαστικά επιβεβαιώνουν τη συγκλίνουσα εγκυρότητα (Αρνητικό Συναίσθημα, Αποστασιοποίηση, Άρση Αναστολών, Ψυχωτισμός) καθώς και την αποκλίνουσα εγκυρότητα (Ανταγωνισμός) παραγόντων του ΔΕΠ-5 με το BSI.

### 7.3.3. Διακριτική Εγκυρότητα του ΔΕΠ-5

Μια ακόμα προσπάθεια τεκμηρίωσης του ΕΜΔΠ έχει στόχο στη διερεύνηση της ικανότητάς του να διαφοροποιήσει σε ικανοποιητικό βαθμό ομάδες πληθυσμού σε διαφορετικά χαρακτηριστικά ως προς το βαθμό συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας (π.χ., μεταξύ γενικού και κλινικού πληθυσμού). Κι αυτό, γιατί όπως έχει ειπωθεί, το ΕΜΔΠ εκτός από ένα διαστατικό μοντέλο διαταραχών προσωπικότητας, αποτελεί ταυτόχρονα και ένα μοντέλο οργάνωσης της ψυχοπαθολογίας της προσωπικότητας που σύμφωνα με αρκετούς θεωρητικούς (π.χ., Bagby et al., 2005· Krueger et al., 2011· Morey & Skodol, 2013) μπορεί να βοηθήσει στη διάκριση της σοβαρότητας μιας διαταραχής. Εξάλλου, και σύμφωνα με τα συμπεράσματα της ομάδας εργασίας του DSM-5, μια από τις μελλοντικές διερευνητικές εργασίες που θα έπρεπε να τύχουν

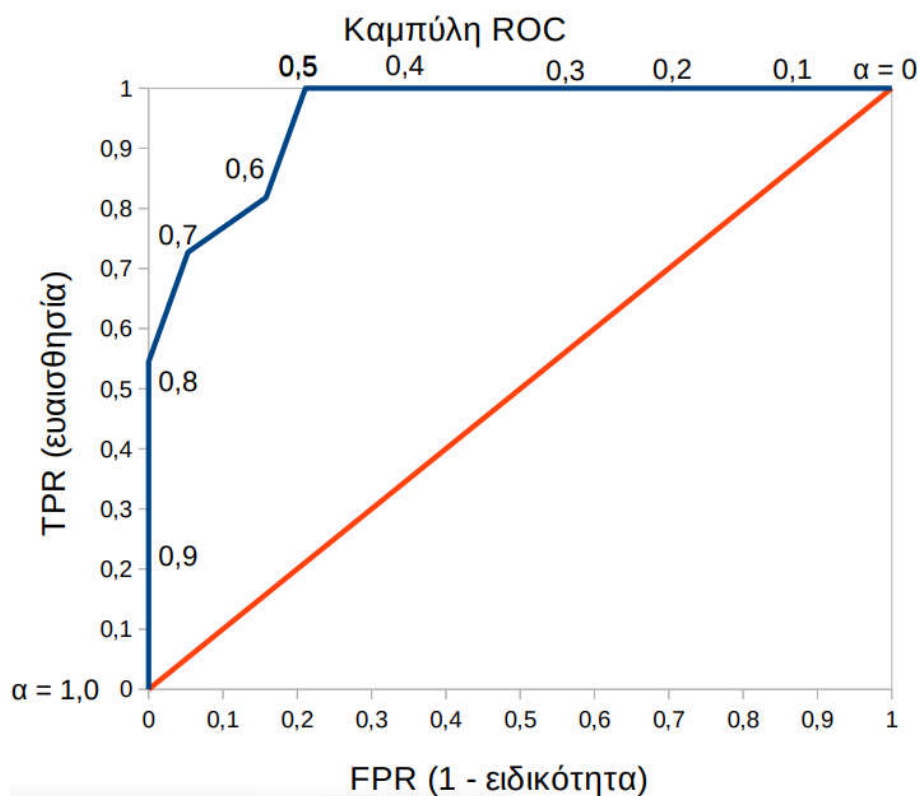
περαιτέρω διερεύνησης είναι η ικανότητα του ΕΜΔΠ να βοηθήσει τους ειδικούς κλινικούς στη διαφοροδιαγνωστική αξιολόγηση μεταξύ της σοβαρότητας των διαταραχών προσωπικότητας και τη διάγνωση (Bach & Sellbom, 2016· Fowler et al., 2019· Oldman, 2022). Σε αυτό το πλαίσιο, σε αυτή την υπό-μελέτη αναμένεται οι παράγοντες και οι διαστάσεις του ΔΕΠ-5 ότι θα μπορούν να διακρίνουν ικανοποιητικά άτομα με ΔΠ μεταξύ κλινικού και γενικού πληθυσμού

Για την αξιολόγηση της κλινικής διακριτότητας του ΔΕΠ-5 διενεργήθηκαν ξεχωριστές αναλύσεις στις καμπύλες λειτουργικού χαρακτηριστικού δέκτη (receiver operating curve [ROC]) για καθεμιά από τις 25 διαστάσεις και τους 5 παράγοντες. Η καμπύλη ROC αποτελεί μια περιγραφική μέθοδο και αναφέρεται στην ακρίβεια ενός τεστ δίνοντας μια οπτική και ποσοτική εκτίμηση για τη συνολική αποτελεσματικότητα μιας δοκιμασίας, ανεξάρτητα από το διαχωριστικό κριτήριο (Streiner & Cairney, 2007). Για την αξιολόγηση της ικανότητας διάκρισης ενός τεστ ως προς ένα χαρακτηριστικό (π.χ., διάγνωση) λαμβάνεται υπόψη το εμβαδό που ορίζεται κάτω από την χαρακτηριστική καμπύλη. Το εμβαδόν της καμπύλης (Area Under Curve, AUC) εκφράζει την πιθανότητα του ελέγχου που διενεργείται, να ταξινομηθεί ορθά ένα τυχαίο ζεύγος μεταξύ ενός ατόμου κλινικού δείγματος και ενός ατόμου γενικού πληθυσμού από την υπό εξέταση διάγνωση (Σχήμα 4). Η σχέση αυτή λαμβάνει τιμές από 0 έως 1. Η διαγώνιος μεταξύ των  $y=x$  αναφέρεται στην εκτίμηση μιας τυχαίας πρόβλεψης σε μια υπόθεση ελέγχου. Για την αξιοπιστία της πρόβλεψης σε έναν έλεγχο, λαμβάνονται υπόψη ως κριτήρια, η περιοχή μεταξύ της καμπύλης ROC και της διαγώνιου, το σημείο τομής της καμπύλης με την κάθετη στην διαγώνιο, όπως και η περιοχή κάτω από την καμπύλη ROC. Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του εμβαδού κάτω από τα όρια της καμπύλης, τόσο πιο ακριβής η διενέργεια του διαγνωστικού ελέγχου μεταξύ κλινικών, ή μη, ατόμων. Αν  $AUC < 0,5$  τότε η επίδοση του μοντέλου είναι χειρότερη από την τυχαία επιλογή και θα πρέπει να απορριφθεί στο σύνολο του.

Όσο πιο κοντά στο 1 βρίσκεται η AUC τόσο καλύτερη είναι η διαδικασία ταξινόμησης στο σύνολό της. Αν και αναφέρονται πολλές ερμηνείες του εμβαδού αυτού, συνήθως μια καμπύλη με εμβαδόν  $> 0.75$  δεν θεωρείται κλινικά αξιόλογη, ενώ αντίθετα ένα εμβαδόν με τιμή  $< 0.95$  παρουσιάζει αρκετά μεγάλη κλινική πληροφορία (Fan et al., 2005).

#### Σχήμα 4

Παράδειγμα Καμπύλης ROC



Σημείωση: TPR (True Positive Rate), FPR (False Positive Rate)

Στον Πίνακα 25 που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης.

**Πίνακας 25**

Ανάλυση Καμπύλης Λειτουργικού Χαρακτηριστικού Δείκτη μεταξύ κλινικού και μη κλινικού δείγματος

Διαστάσεις	AUC	S.E.	95% C.I.	Ευαισθησία	Ειδικότητα
1. Ανησυχία	0,82	0,02	0,77 – 0,86	0,79	0,39
2. Συναισθηματική Αστάθεια	0,83	0,02	0,79 – 0,87	0,82	0,39
3. Εχθρότητα	0,77	0,03	0,72 – 0,82	0,86	0,37
4. Εμμονική Επαναληπτικότητα	0,79	0,03	0,73 – 0,84	0,74	0,35
5. Περιορισμένη Συναισθηματικότητα	0,73	0,03	0,68 – 0,79	0,87	0,55
6. Ανασφάλεια Αποχωρισμού	0,80	0,03	0,75 – 0,85	0,76	0,35
7. Ενδοτικότητα	0,79	0,03	0,74 – 0,84	0,86	0,45
8. Ανηδονία	0,76	0,03	0,71 – 0,82	0,83	0,46
9. Καταθλιπτικότητα	0,84	0,02	0,80 – 0,89	0,83	0,26
10. Αποφυγή Οικειότητας	0,80	0,03	0,75 – 0,84	0,84	0,37
11. Καχυποψία	0,81	0,02	0,77 – 0,86	0,84	0,38
12. Απόσυρση	0,80	0,02	0,76 – 0,85	0,80	0,34
13. Αναζήτηση Προσοχής	0,80	0,03	0,75 – 0,85	0,80	0,40
14. Ψυχρότητα	0,79	0,03	0,74 – 0,84	0,83	0,33
15. Δολιότητα	0,83	0,02	0,79 – 0,88	0,84	0,33
16. Μεγαλομανία	0,75	0,03	0,70 – 0,80	0,72	0,37
17. Χειριστικότητα	0,77	0,03	0,72 – 0,82	0,80	0,39
18. Διασπαστικότητα	0,82	0,02	0,77 – 0,86	0,81	0,34
19. Παρορμητικότητα	0,74	0,03	0,68 – 0,79	0,76	0,38
20. Ανευθυνότητα	0,90	0,02	0,86 – 0,93	0,86	0,24
21. Απαιτητική Τελειομανία	0,77	0,03	0,72 – 0,83	0,76	0,42
22. Ριψοκινδυνότητα	0,89	0,02	0,85 – 0,92	0,94	0,38
23. Εκκεντρικότητα	0,87	0,02	0,83 – 0,92	0,90	0,37

24. Γνωσιακή και Αντιληπτική Απορρύθμιση	0,87	0,02	0,83 – 0,91	0,80	0,22
25. Ασυνήθιστες Εμπειρίες και Πεποιθήσεις	0,89	0,02	0,86 – 0,93	0,86	0,26
<b>Παράγοντες</b>					
Αρνητικό Συναίσθημα	0,90	0,02	0,87 – 0,93	0,88	0,25
Αποστασιοποίηση	0,87	0,02	0,83 – 0,91	0,85	0,27
Ανταγωνισμός	0,90	0,02	0,86 – 0,93	0,97	0,35
Άρση Αναστολών	0,95	0,01	0,93 – 0,97	0,98	0,23
Ψυχωτισμός	0,98	0,01	0,97 – 0,99	0,97	0,18

Σημείωση. N = 306

Τα αποτελέσματα για τους πέντε παράγοντες του ΔΕΠ-5 ήταν σύμφωνα με την αρχική υπόθεση: Αρνητικό Συναίσθημα (AUC = 0,90, SE = 0,02,  $p < 0,0001$ ), Αποστασιοποίηση (AUC = 0,87, SE = 0,02,  $p < 0,0001$ ), Ανταγωνισμός (AUC = 0,90, SE = 0,02,  $p < 0,0001$ ), Άρση Αναστολών (AUC = 0,95, SE = 0,02,  $p < 0,0001$ ) and Ψυχωτισμός (AUC = 0,98, SE = 0,02,  $p < 0,0001$ ). Αναφορικά με τις 25 διαστάσεις του ΔΕΠ-5, αυτές κυμάνθηκαν μεταξύ 0,73 – 0,90 ( $p < 0,0001$ ).

#### 7.4. Συμπεράσματα τέταρτης εμπειρικής μελέτης

Με την ολοκλήρωση της τέταρτης μελέτης ολοκληρώθηκε η ψυχομετρική τεκμηρίωση του ΔΕΠ-5, καθώς παρουσιάστηκαν ικανοποιητικά αποτελέσματα αναφορικά με την αξιοπιστία και εγκυρότητα μέσα από μια σειρά μελετών. Υιοθετώντας τους δείκτες εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha και McDonald omega, τα αποτελέσματα κατέδειξαν την υψηλή εννοιολογική συνοχή των στοιχείων του ΔΕΠ-5. Ταυτόχρονα, με τον έλεγχο της αξιοπιστίας επαναληπτικών

μετρήσεων επιβεβαιώθηκε ότι το ΔΕΠ-5 είναι ένα εργαλείο που παρουσιάζει σταθερότητα στις μετρήσεις του μέσα στο χρόνο.

Αναφορικά με την εγκυρότητα του ΔΕΠ-5, διενεργήθηκε έλεγχος της συγχρονικής, της συγκλίνουσας, της αποκλίνουσας καθώς και της διακριτικής του εγκυρότητας. Από τις αναλύσεις που διενεργήθηκαν, επιβεβαιώθηκαν όλες οι υποθέσεις για τις προβλεπόμενες σχέσεις μεταξύ των κλίμακων του ΔΕΠ-5 και διαφόρων μεταβλητών από το χώρο της προσωπικότητας και της ψυχοπαθολογίας, τεκμηριώνοντας, ουσιαστικά, την εγκυρότητα του εργαλείου να αξιολογεί το ΕΜΔΠ του DSM-5.

Πιο συγκεκριμένα, το ΔΕΠ-5 παρουσίασε υψηλή συσχέτιση με το αντίστοιχο πρωτότυπο ερωτηματολόγιο του DSM-5, το PID-5. Παράλληλα, το ΔΕΠ-5 παρουσίασε θετική συσχέτιση στους παράγοντες «Αρνητικό Συναίσθημα» και «Αποστασιοποίηση» με τις διαστάσεις του «Νευρωτισμού» από το ΤΕΧΑΠ, ενώ ταυτόχρονα αρνητική συσχέτιση με τις υπόλοιπες. Αντίστοιχες θετικές συσχετίσεις παρουσίασε το ΔΕΠ-5 με το μοντέλο της σχιζότυπης προσωπικότητας (SPQ), όπως και με τον D-factor, ενώ εμφάνισε αρνητική συσχέτιση με την πλειοψηφία των παραγόντων του HEXACO-PI-R. Τέλος, αντίστοιχη θετική συσχέτιση εμφάνισε με τις διαστάσεις του μοντέλου συμπτωματολογίας σωματικών ενοχλημάτων BSI. Ενδιαφέρον παρουσίασε ακόμα, και η σχεδόν μηδενική συσχέτιση επιμέρους παραγόντων του ΔΕΠ-5 με επιμέρους διαστάσεις των συγκρινόμενων εργαλείων. Στο σύνολό τους τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε συνέχεια των συμπερασμάτων προηγούμενων μελετών για τη συσχέτιση του ΕΜΔΠ με τα εξεταζόμενα εννοιολογικά μοντέλα και τις διαστάσεις τους (π.χ., Ashton et al., 2012· Crego et al., 2015· Few et al., 2013· Gonçalves et al., 2022· Krueger & Hobbs, 2020· Lahey, 2009· Pires et al., 2017· Quilty et al., 2013· Scholz et al., 2022· Zimmermann et al., 2019).

Ένα ιδιαίτερο στοιχείο των αναλύσεων της τέταρτης μελέτης υπήρξε η διερεύνηση της κλινικής διακριτότητας του ΔΕΠ-5. Μέχρι σήμερα ελάχιστες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί γύρω από το ερώτημα του αν το ΕΜΔΠ μπορεί να αποτελέσει και ένα μοντέλο διερεύνησης αλλά και συσχέτισης με τις υπόλοιπες ψυχοπαθολογικές έννοιες, όπως την κατάθλιψη, το άγχος, τη διαταραχή χρήσης ουσιών κλπ. Η απάντηση στο ερώτημα αυτής της σχέσης θα μπορέσει να βοηθήσει στη γενικότερη συζήτηση γύρω από τα νέα αναδυόμενα μοντέλα οργάνωσης ψυχοπαθολογίας, όπως για παράδειγμα το HiTOP, όπου οι διαταραχές προσωπικότητας λογίζονται ως ένα ξεχωριστό πεδίο με άμεση σχέση με τις λοιπές ψυχοπαθολογικές οντότητες (Kotov et al., 2017). Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης συνάδουν με ανάλογα ευρήματα (Fowler et al., 2019· Riegel et al., 2017) που υποστηρίζουν ότι το ΕΜΔΠ, όπως αποτυπώνεται από το εργαλείο μέτρησής του, μπορεί να δώσει πληροφορίες για τη σχέση διάκρισης μιας διαταραχής προσωπικότητας μεταξύ πληθυσμών.

Η τέταρτη εμπειρική μελέτη ολοκληρώθηκε και ένα σημαντικό πλεονέκτημα: τον συνδυασμό διαφορετικών μελετών για την αξιολόγηση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ΔΕΠ-5. Συνολικά στο σύνολο των αναλύσεων συμμετείχε ένα δείγμα πληθυσμού περίπου 1500 ατόμων. Έτσι, με την ολοκλήρωση αυτής της μελέτης, ολοκληρώνεται και ο κύκλος αξιολόγησης των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του ΔΕΠ-5, παρουσιάζοντας ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για τη μέτρηση των δυσλειτουργικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του ΕΜΔΠ σύμφωνα με το DSM-5.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Η εκπόνηση της συγκεκριμένης διατριβής είχε δύο στόχους: Πρώτον, την κατασκευή ενός ψυχομετρικού εργαλείου αξιολόγησης της παθολογίας της προσωπικότητας με βάση το Εναλλακτικό Μοντέλο των Διαταραχών Προσωπικότητας- ΕΜΔΠ (Alternative Dimensional Model of Personality Disorders [AMPD], APA, 2012) του DSM-5. Δεύτερον, την θεωρητική τεκμηρίωση του ΕΜΔΠ ως ένα μοντέλο αξιολόγησης της παθολογίας της προσωπικότητας σε ένα διαφορετικό πολιτισμικό περιβάλλον (ελληνικός πληθυσμός) πέρα από το πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο αρχικά δημιουργήθηκε (ΗΠΑ). Προηγούμενες μελέτες έχουν μελετήσει την αποτελεσματικότητα του μοντέλου σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια (ενδ., Barchi-Ferreira et al., 2020· Morey et al., 2015· Zimmermann et al., 2020), και έχουν καταδείξει τον σημαντικό ρόλο που μπορεί να έχει στη διαγνωστική αξιολόγηση του κλινικού έργου των ειδικών. Το Διαγνωστικό Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας (ΔΕΠ-5), φιλοδοξεί να συνεισφέρει πέρα από την κλινική αξιολόγηση, στη γενικότερη διαστατική αντίληψη οργάνωσης στη ψυχοπαθολογίας της προσωπικότητας, ακολουθώντας τη σύγχρονη σχετική συζήτηση και έρευνα.

Αρχικά, έγινε προσπάθεια να αποσαφηνιστούν έννοιες γύρω από την προσωπικότητα και την ψυχοπαθολογία καθώς και για τη σχέση τους, κάτι που έχει απασχολήσει δεκαετίες την επιστημονική συζήτηση και αποτέλεσε τη βάση αναθεώρησης του DSM-5. Στην εισαγωγή της διατριβής (Κεφάλαια 1 έως 3) έγινε προσπάθεια να αναδειχθούν η ιδιαιτερότητα αλλά η δυσκολία της μελέτης της ψυχοπαθολογίας, ενώ ταυτόχρονα επιχειρήθηκε η κατανόησή της μέσα από τα σύγχρονα ταξινομικά συστήματα. Παράλληλα, έγινε προσπάθεια να παρουσιαστεί μια χαρτογράφηση των σύγχρονων θεωρητικών προσεγγίσεων γύρω από τη μελέτη και οργάνωση των διαταραχών προσωπικότητας κάτι που αποτέλεσε και το θεωρητικό πεδίο της παρούσας διατριβής. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ανάδειξη των σύγχρονων θεωρητικών

προσεγγίσεων γύρω από τη δομή και οργάνωση της παθολογίας της προσωπικότητας, έλαβε υπόψη τα θεωρητικά μοντέλα που συνέβαλλαν κατά κύριο λόγο στην αναθεώρηση του DSM-5 και έθεσαν τη βάση για το ΕΜΔΠ.

Η υιοθέτηση ενός ισχυρού και αναγνωρισμένου θεωρητικού πλαισίου όπως αυτό που υποστηρίζει το ΕΜΔΠ, αποτέλεσε την αρχή και τη βάση της πρώτης εμπειρικής μελέτης (Κεφάλαιο 4) που ασχολήθηκε με την ανάπτυξη στοιχείων (items). Για την ανάπτυξη των στοιχείων του ερωτηματολογίου, αρχικά, επιχειρήθηκε ο εννοιολογικός προσδιορισμός των λειτουργικών ορισμών των 25 διαστάσεων που απαρτιώνουν το θεωρητικό μοντέλο, βάσει των οποίων αναπτύχθηκαν τα επιμέρους στοιχεία. Στην ανάπτυξη των στοιχείων έγινε προσπάθεια να αποτυπωθεί όσο το δυνατό μεγαλύτερο εννοιολογικό εύρος της ελληνικής γλώσσας μέσα από διάφορες στρατηγικές και τρόπους: συνώνυμα και αντώνυμα των βασικών όρων της κάθε διάστασης, καθημερινές συνηθισμένες εκφράσεις, δημιουργία πυρηνικών εννοιών-στοιχείων, θετικά και αρνητικά εκφραζόμενα στοιχεία, κ.ά.. Η ύπαρξη του θεωρητικού πλαισίου, όπως και η εννοιολογική απόδοση των 25 διαστάσεων του ΕΜΔΠ, βοήθησε στην παραγωγή ικανού αριθμού στοιχείων που αξιολογήθηκαν από ειδικούς του χώρου της ψυχολογίας (subject matter experts-SME) σε τρεις διαδοχικές χορηγήσεις μέχρι την τελική ανάδειξη του ερωτηματολογίου.

Στο πλαίσιο της δεύτερης εμπειρικής μελέτης, πραγματοποιήθηκε η ανάλυση στοιχείων (item analysis), που στόχο είχε την επιλογή των τελικών στοιχείων της κλίμακας.

Χρησιμοποιώντας «πρωτότυπα μοντέλα» (prototypes) για καθεμία από τις 25 διαστάσεις του ΕΜΔΠ και εφαρμόζοντας προηγμένες στατιστικές τεχνικές, όπως η ανάλυση κυρίων συνιστωσών (principal components analysis-PCA) και η επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων (confirmatory factor analysis-CFA), αναπτύχθηκε η τελική εκδοχή του ερωτηματολογίου που περιλάμβανε 160 στοιχεία. Η τελική επιλογή των στοιχείων της διάστασης αξιολογήθηκε τόσο

ως προς την ικανότητα των στοιχείων να καλύπτουν εννοιολογικά την κάθε διάσταση όσο και για τη μονοδιαστατικότητα της (unidimensionality) με τη χρήση εξειδικευμένων ψυχομετρικών δεικτών όπως ο δείκτης εκτίμησης του ποσοστού κοινής διακύμανσης που ερμηνεύει η κάθε διάσταση (explained common variance -ECV).

Ταυτόχρονα με την ανάπτυξη του νέου εργαλείου, ένας επίσης σημαντικός στόχος της παρούσας διατριβής υπήρξε τεκμηρίωση του θεωρητικού μοντέλου του ΕΜΔΠ του DSM-5 στον ελληνικό πληθυσμό, μέσω της αξιολόγησης της παραγοντικής δομής του νέου εργαλείου. Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε η τρίτη κατά σειρά εμπειρική μελέτη. Η συγκεκριμένη μελέτη αποτέλεσε και τον ψυχομετρικό κορμό της παρούσας διατριβής καθώς υιοθετήθηκε και εφαρμόστηκε μια ιδιαίτερα σύνθετη και προηγμένη τεχνική κατασκευής πολύπλοκων θεωρητικών μοντέλων. Πρόκειται για την τεχνική της ESEM (exploratory structural equation modeling) που εφαρμόστηκε προκειμένου να αποσαφηνιστεί και να αποτυπωθεί εμπειρικά η πολυπλοκότητα των σχέσεων μεταξύ των κατώτερων διαστάσεων και των ανώτερων παραγόντων του ΕΜΔΠ που αντιπροσωπεύει το ΔΕΠ-5. Με την ολοκλήρωση της εφαρμογής της ESEM στα δεδομένα της έρευνας, τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν το θεωρητικό μοντέλο του ΕΜΔΠ για το ελληνικό δείγμα. Η παραγοντική δομή του ΔΕΠ-5, που αποτελείται από 25 διαστάσεις και 5 ανώτερους παράγοντες, είναι σύμφωνη με το θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο στηρίχθηκε, επικυρώνοντας την εγκυρότητα περιεχομένου του νέου εργαλείου.

Ένα ενδιαφέρον εύρημα που προέκυψε από την παραγοντική ανάλυση της δομής του ΔΕΠ-5, ήταν ο συσχετισμός μεταξύ δυο διαστάσεων: της Καταθλιπτικότητας και της Ανηδονίας. Οι δυο αυτές διαστάσεις παρουσίασαν πολύ υψηλή εννοιολογική συσχέτιση, γεγονός που δημιούργησε την ανάγκη για περαιτέρω διερευνητική συζήτηση. Είναι γνωστό ότι η Ανηδονία είναι βασικό σύμπτωμα των καταθλιπτικών διαταραχών (Cooper et al., 2018). Κατά συνέπεια, ο

ορισμός (και το περιεχόμενο των στοιχείων) της διάστασης της Ανηδονίας αναπόφευκτα θα μοιράζεται ένα κοινό εννοιολογικό περιεχόμενο με την Καταθλιπτικότητα, κυρίως σε επίπεδο συμπεριφοράς και εκφραζόμενου συναισθήματος. Για παράδειγμα, στο πλαίσιο της ανάπτυξης των στοιχείων της διάστασης της Καταθλιπτικότητας, η πυρηνική έννοια που αντανακλούνταν στα κατασκευασμένα στοιχεία ήταν «η βίωση συχνών συναισθημάτων χαμηλής υποτονικής διάθεσης, μελαγχολίας και γενικότερης ανημπόριας». Για παράδειγμα, ένα αντιπροσωπευτικό στοιχείο αυτής της διάστασης ήταν: «νιώθω να μην απολαμβάνω τη ζωή μου». Από την άλλη, στο πλαίσιο της ανάπτυξης των στοιχείων της διάστασης της Ανηδονίας, η πυρηνική έννοια που αντανακλούνταν στα στοιχεία που κατασκευάστηκαν ήταν «η χρόνια δυσκολία βίωσης χαρούμενων συναισθημάτων ή εκδήλωσης θετικού ενδιαφέροντος για συγκεκριμένα. Για παράδειγμα, ένα στοιχείο που αναπτύχθηκε για τη συγκεκριμένη διάσταση ήταν: «νιώθω πως ό,τι κάνω είναι μάταιο».

Το συγκεκριμένο εύρημα είναι ενδεικτικό της πολυπλοκότητας των σχέσεων που παρουσιάζουν οι διαστάσεις του ΕΜΔΠ στο πλαίσιο της διαπολιτισμικής προσαρμογής του. Προηγούμενες έρευνες αναδεικνύουν τη δυσκολία που υπάρχει στη διαφορετική εννοιολογική απήχηση που έχουν οι διαστάσεις (και κατά συνέπεια των στοιχείων που τις απαρτιώνουν) μεταξύ διαφορετικών πολιτισμικών πλαισίων (ενδ., Maples et al., 2015· Wright & Simms, 2015). Πιο σημαντικό όμως είναι ότι αναδεικνύουν και τη δυσκολία που υπάρχει στην κατασκευή στοιχείων που να περιγράφουν με απόλυτο τρόπο ψυχολογικές έννοιες που μοιράζονται συναφές εννοιολογικό περιεχόμενο (για παράδειγμα η σχέση μεταξύ της διάστασης της Παρορμητικότητας και της Ρισκοκινδυνότητας). Κατά τους ερευνητές, αυτές οι «εννοιολογικές ασυνέχειες» μεταξύ των διαφόρων διαπολιτισμικών προσαρμογών μπορούν να αποδοθούν και στις διαφορετικές γλωσσικές ιδιοτυπίες που καθιστούν δύσκολη την

αποσαφήνιση εννοιών που έχουν κάποια συσχέτιση μεταξύ τους. Μάλιστα αυτό γίνεται πιο έντονο όταν πρόκειται για γλώσσες που δεν έχουν κοντινή συγγένεια μεταξύ τους (π.χ. αραβικά, κινέζικα) (Coelho et al., 2020· Fang et al., 2021).

Για παράδειγμα, στη διαπολιτισμική προσαρμογή του ΕΜΔΠ στην Ουγγαρία, οι διαστάσεις Συναισθηματική Αστάθεια, Ασυνήθιστες Εμπειρίες και Πεποιθήσεις, Καταθλιπτικότητα, Εμμονικότητα, Ριψοκινδυνότητα και Περιορισμένο Συναίσθημα παρουσίασαν χαμηλή παραγοντική φόρτιση στον παράγοντα που σύμφωνα με το μοντέλο έπρεπε να ανήκουν (Nagy et al., 2022). Αντίστοιχα, στο νορβηγικό δείγμα της διαπολιτισμικής προσαρμογής του ΕΜΔΠ, η διάσταση Άκαμπτη Τελειομανία, παρουσίασε υψηλότερη παραγοντική φόρτιση στον παράγοντα Αρνητικό Συναίσθημα, αντί τον παράγοντα Άρση Αναστολών στον οποίο αναμενόταν να ανήκει (Bo et al., 2016). Παρόμοια αποτελέσματα στο ίδιο πολιτισμικό πλαίσιο, έδειξαν ότι η διάσταση της Εμμονικότητας και της Άκαμπτης Τελειομανίας είχαν υψηλότερη παραγοντική φόρτιση με τον παράγοντα του Ψυχωτισμού αντί με τους παράγοντες Αρνητικό Συναίσθημα και Άρση Αναστολών αντίστοιχα του ΕΜΔΠ (Thimm et al., 2016). Τέλος, η εννοιολογική πολυπλοκότητα κάποιων διαστάσεων, όπως για παράδειγμα της Άκαμπτης Τελειομανίας και της Ριψοκινδυνότητας έχει αναδειχθεί και σε άλλες έρευνες (Bastiaens et al., 2016· Bo et al., 2015· Markon et al., 2013· Roskam et al., 2015· Wright & Simms, 2014). Το γεγονός αυτό έχει προκαλέσει μια ευρεία συζήτηση και σκεπτικισμό για την ευκολία της χρήσης του εργαλείου καθώς και για την ερμηνεία των ευρημάτων του κατά την κλινική πράξη (Crego et al., 2015· Watters et al., 2018).

Ένας τρίτος στόχος που πραγματοποιήθηκε με την τρίτη εμπειρική μελέτη ήταν και η διερεύνηση της εννοιολογικής ισοδυναμίας των διαστάσεων του ΔΕΠ-5. Αυτό που ουσιαστικά αξιολογήθηκε ήταν αν οι άντρες και οι γυναίκες αντιλαμβάνονται με τον ίδιο τρόπο τους 5

παράγοντες του ΕΜΔΠ και φυσικά αν υπάρχουν ενδεχόμενες διαφορές. Για τη διερεύνηση αυτής της υπόθεσης, εφαρμόστηκε η μέθοδος της μετρικής ισοδυναμίας (measurement invariance) μέσα σε περιβάλλον ESEM. Μέχρι σήμερα, ελάχιστες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί για την αξιολόγηση της μετρικής ισοδυναμίας του PID-5, του επίσημου εργαλείου μέτρησης του ΕΜΔΠ στο πλαίσιο του DSM-5 (ενδ., Bach et al., 2018· Gomez et al., 2023· Thimm et al., 2017). Τα αποτελέσματα από το σύνολο σχεδόν των ανωτέρω ερευνών ανέδειξαν ότι όλες οι κλίμακες του PID-5 έχουν μετρική ισοδυναμία ως προς το φύλο. Επίσης, από τον έλεγχο των μέσων όρων σε επίπεδο λανθανουσών μεταβλητών (latent mean differences), διαπιστώθηκε ότι στον παράγοντα Αρνητικό Συναισθήμα οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερες τιμές σε σχέση με τους άνδρες, ενώ αντίστροφα, οι άνδρες εμφανίζουν υψηλότερες τιμές σε σχέση με τις γυναίκες στους παράγοντες Ανταγωνισμό και Άρση Αναστολών. Ανάλογα ευρήματα έχουν αναφερθεί και στη διαπολιτισμική μελέτη του PID-5 μεταξύ Βελγικού, Ισπανικού, Γαλλικού και Ελβετικού πληθυσμού (Sorrel et al., 2021), όπου διαπιστώθηκαν αντίστοιχες διαφορές και ανυψώσεις στους παράγοντες μεταξύ των δυο φύλων.

Στο πλαίσιο της δικής μας μελέτης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όλες οι διαστάσεις του ΔΕΠ-5 παρουσιάζουν μετρική ισοδυναμία ως προς το φύλο. Επιπρόσθετα, από τη σύγκριση των μέσων όρων σε επίπεδο λανθανουσών μεταβλητών, επιβεβαιώθηκε ότι, πράγματι, οι γυναίκες βιώνουν υψηλότερα επίπεδα «Αρνητικού Συναισθήματος» από τους άνδρες. Ο παράγοντας του Αρνητικού Συναισθήματος περιλαμβάνει χαρακτηριστικά που αναφέρονται κυρίως στα λεγόμενα δυσφορικά συναισθήματα, όπως ο θυμός, το άγχος αλλά και σε εχθρικές ή και παθητικές συμπεριφορές. Για το λόγο αυτό, προηγούμενες μελέτες έχουν συνδέσει τον παράγοντα του Αρνητικού Συναισθήματος με το άγχος, την κατάθλιψη και τα αισθήματα ανασφάλειας (Few et al., 2013· Gomez et al., 2022). Επιπρόσθετα, ο παράγοντας Αρνητικό

Συναίσθημα παρουσιάζει ισχυρή και σταθερή θετική συσχέτιση με την κλίμακα του Νευρωτισμού του ΜΠΠ σχεδόν σε όλες τις έρευνες του ΕΜΔΠ (ενδ., Ashton et al., 2012· Crego et al., 2015), η οποία φαίνεται να αποδίδεται στο ότι τόσο ο Νευρωτισμός όσο και το Αρνητικό Συναίσθημα αντανακλούν ένα ευρύ πεδίο έντονων δυσφορικών και αρνητικών συναισθημάτων. Είναι χαρακτηριστικό, ότι σε όλες σχεδόν τις μελέτες, οι γυναίκες παρουσιάζουν σταθερά υψηλότερα επίπεδα Νευρωτισμού σε σχέση με τους άνδρες (Costa et al., 2001· Feingold 1994· Weisberg et al., 2011). .

Ένα δεύτερο ενδιαφέρον εύρημα της μελέτης της μετρικής ισοδυναμίας του ΔΕΠ-5 ήταν και η ανάδειξη των διαφορών μεταξύ ανδρών και γυναικών στον παράγοντα του «Ανταγωνισμού». Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα ανέδειξαν χαμηλότερα επίπεδα στον παράγοντα του Ανταγωνισμού για τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Ο Ανταγωνισμός είναι ο παράγοντας εκείνος του ΕΜΔΠ που σχετίζεται περισσότερο με τις πιο επιθετικές, απαιτητικές και απρόβλεπτες συμπεριφορές που εκδηλώνει το άτομο προκειμένου να ικανοποιήσει τις προσωπικές του ανάγκες. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται για τον Ανταγωνισμό στο ΕΜΔΠ, «...τοποθετεί το άτομο σε αντιπαράθεση με τα άλλα άτομα, καθώς χαρακτηρίζεται από ένα υπερβολικό συναίσθημα προσωπικής σημαντικότητας και αναμένει να τυγχάνει ειδικής μεταχείρισης από τον κοινωνικό περίγυρο, ενώ διατηρεί ένα ψυχρό συναίσθημα προς τους άλλους, αδιαφορώντας για τα συναισθήματά τους και τις ανάγκες τους, επιδιώκοντας την προσωπική ικανοποίηση» (DSM-5, APA, σελ. 780).

Η σημασία του παράγοντα του Ανταγωνισμού στην κατανόηση και τις δυσκολίες που βιώνει το άτομο στις καθημερινές του συμπεριφορές και σχέσεις, δεν εξαντλείται μόνο στις διαταραχές προσωπικότητας αλλά αφορά και σε άλλες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, όπως οι αγχώδεις διαταραχές (Lynam & Miller, 2019). Επίσης, χαρακτηριστικό είναι ότι στο ΜΠΠ, ο

Ανταγωνισμός τοποθετείται στον αντίθετο χαμηλότερο πόλο της «Προσήνειας» (ΜΠΠ, Costa & McCrae, 1992), όπου τα περισσότερα ερευνητικά δεδομένα συγκλίνουν ότι οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα από τους άνδρες (Ferrer et al., 2017· Nagy et al., 2022). Παρόλα αυτά, σε άλλες έρευνες, οι άνδρες έχουν εμφανίσει υψηλότερα επίπεδα στους παράγοντες της «Αποστασιοποίησης», του «Ψυχωτισμού», αλλά και της «Άρσης Αναστολών» (Suzuki et al., 2018). Το τελευταίο εύρημα, επιβεβαιώθηκε και από τα δεδομένα της παρούσας μελέτης.

Στη συνέχεια, για την αξιολόγηση των ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του νέου εργαλείου, διενεργήθηκαν μια σειρά από υπό-μελέτες που είχαν στόχο την τεκμηρίωση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητάς του. Πιο συγκεκριμένα, αρχικά αξιολογήθηκε η σταθερότητα μέσα στο χρόνο του ΔΕΠ-5 μέσα από δυο διαφορετικές χρονικές μετρήσεις. Επιπρόσθετα, αξιολογήθηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής όλων των κλιμάκων του ΔΕΠ-5. Τα αποτελέσματα και των δυο μελετών αξιοπιστίας έδειξαν ότι το ΔΕΠ-5 είναι ένα εργαλείο με καλή εσωτερική συνοχή και σταθερότητα μετρήσεων στο χρόνο.

Αναφορικά με τον έλεγχο της εγκυρότητας του νέου εργαλείου, αρχικά (πρώτη υπο-μελέτη), εξετάστηκε η συγχρονική εγκυρότητα του ΔΕΠ-5 χρησιμοποιώντας ως κριτήριο το PID-5, το επίσημο εργαλείο αξιολόγησης του ΕΜΔΠ. Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλή συσχέτιση μεταξύ των δύο εργαλείων τόσο στο επίπεδο των 25 διαστάσεων όσο και των 5 παραγόντων. Το συγκεκριμένο εύρημα κρίνεται ως πολύ σημαντικό, καθώς αποτελεί μία ένδειξη για την επίτευξη του δεύτερου σημαντικού στόχου αυτής της διατριβής που είναι η διαπολιτισμική επιβεβαίωση του ΕΜΔΠ και στον ελληνικό πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα, η εννοιολογική συγγένεια των κλιμάκων του ΔΕΠ-5 με τις αντίστοιχες κλίμακες του PID-5, φαίνεται να υποδηλώνει την ενιαία εννοιολογική αντίληψη που υπάρχει ανάμεσα στα δυο πολιτισμικά πλαίσια (αγγλοσαξωνικό-ελληνικό), ιδιαίτερα για πιο κοινές και ευρείες έννοιες της



παθολογίας της προσωπικότητας (π.χ., καταθλιπτικότητα, ανησυχία, ενδοτικότητα, ανηδονία). Εάν, μάλιστα, ληφθεί υπόψη και το γεγονός ότι οι έννοιες αυτές «μετρήθηκαν» με στοιχεία που κατασκευάστηκαν με διαφορετικό τρόπο και σε διαφορετική γλώσσα, ενισχύεται ακόμα περισσότερο η άποψη ότι στο σύνολό τους οι 25 διαστάσεις αποτελούν διαπολιτισμικές έννοιες που γίνονται αντιληπτές με σχεδόν ίδιο τρόπο από διαφορετικούς πληθυσμούς. Από την άλλη, τα αποτελέσματα δίνουν το έρεισμα για περαιτέρω μελλοντική έρευνα γύρω από τη διακριτική ικανότητα του ΔΕΠ-5 σε σύγκριση με το PID-5 στη διάγνωση και αξιολόγηση των ΔΠ.

Η αξιολόγηση της συγκλίνουσας και αποκλίνουσας εγκυρότητας του ΔΕΠ-5 αποτέλεσε το αντικείμενο μελέτης της δεύτερης υπό-μελέτης, κατά την οποία εξετάστηκε αρχικά η σχέση του με το ΜΠΠ σε συνέχεια των συμπερασμάτων και από άλλες έρευνες (Ashton et al., 2012· Crego et al., 2015). Αρχικά, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι παράγοντες Αρνητικό Συναίσθημα, Αποστασιοποίηση και Άρση Αναστολών του ΔΕΠ-5 σχετίζονται θετικά με τη διάσταση του Νευρωτισμού του ΜΠΠ. Ειδικότερα για τον παράγοντα του Αρνητικού Συναίσθηματος και τη σχέση του με τον Νευρωτισμό, μια διάσταση της προσωπικότητας που έχει συνδεθεί με μια σειρά από σοβαρές ψυχικές διαταραχές (Lahey, 2009), τα αποτελέσματα της μελέτης προσφέρουν επιπλέον υποστήριξη στα ευρήματα ότι τα αρνητικά συναισθήματα αποτελούν ισχυρό προγνωστικό δείκτη των ψυχοπαθολογικών προβλημάτων. Πράγματι, η σχέση μεταξύ του παράγοντα «Αρνητικό Συναίσθημα» του ΕΜΔΠ με τον Νευρωτισμό από το ΜΠΠ φαίνεται να είναι ιδιαίτερα υψηλή αφού και οι δυο έννοιες έχουν σαν κύριο χαρακτηριστικό το διάχυτο και πολύ έντονο δυσφορικό και αγχώδες συναίσθημα που βιώνει το άτομο (Gore & Widiger, 2013).

Η ίδια σχέση παρατηρείται και μεταξύ Νευρωτισμού και Αποστασιοποίησης όπως και με την Άρση Αναστολών, καθώς το συναίσθημα της αποξένωσης και απόσυρσης που χαρακτηρίζει

τους δύο ανώτερους παράγοντες του ΕΜΔΠ, σχετίζονται με το υψηλό άγχος που αποτυπώνεται στην κλίμακα του Νευρωτισμού (Crego et al., 2015). Από την άλλη, βρέθηκαν χαμηλές συσχετίσεις μεταξύ Νευρωτισμού και του Ανταγωνισμού και του Ψυχωτισμού του ΕΜΔΠ. Μια τέτοια σχέση έχει βρεθεί και σε προηγούμενες έρευνες (π.χ., Crego et al., 2015· De Fruyt et al., 2013). Πιο συγκεκριμένα, οι Watson et al., 2013 ερευνώντας τη σχέση μεταξύ ΕΜΔΠ και ΜΠΠ σε κλινικό και γενικό πληθυσμό, διαπίστωσαν από τη μια την υψηλή συσχέτιση μεταξύ Νευρωτισμού και Αποστασιοποίησης και αντίστοιχα τη χαμηλή συσχέτισή του με τον Ανταγωνισμό και τον Ψυχωτισμό. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης υπό-μελέτης του ΔΕΠ-5 έρχονται να υποστηρίξουν τα προηγούμενα ερευνητικά δεδομένα και με αυτόν τον τρόπο να επιβεβαιώσουν την αποκλίνουσα εγκυρότητα των συγκεκριμένων κλιμάκων του ΔΕΠ-5.

Ένα ακόμα στοιχείο σύγκλισης των δυο μοντέλων είναι η σχέση μεταξύ της Εξωστρέφειας του ΜΠΠ με τους περισσότερους από τους παράγοντες του ΕΜΔΠ, η σχέση των οποίων παρουσιάζει σχεδόν σε όλες τις έρευνες μέτρια έως υψηλή αρνητική συσχέτιση (Pešić et al., 2023· Widiger & McCabe, 2020). Η σταθερότητα αυτής της αρνητικής σχέσης έχει κατά κύριο λόγο τη βάση της στο ότι σχεδόν όλοι οι ανώτερα ιεραρχικοί παράγοντες του ΕΜΔΠ χαρακτηρίζονται από δυσφορικό και έντονο συναίσθημα αποξένωσης, αποστασιοποίησης ή και έντονης παρόρμησης, συναισθήματα που στην ουσία βρίσκονται στην άλλη πλευρά της Εξωστρέφειας του ΜΠΠ. Κατά αντίστοιχο τρόπο, οι υπόλοιπες διαστάσεις του ΜΠΠ, η Προσήνεια και η Ευσυνειδησία στην πλειοψηφία των ερευνών (Crego et al., 2018· Widiger et al., 2017) παρουσιάζουν αρνητικές συσχετίσεις σχεδόν με όλους τους παράγοντες του ΕΜΔΠ. Ένα εύρημα που υποστηρίζεται κυρίως από το γεγονός ότι πρόκειται για κατ' εξοχήν αντιδιαμετρικές έννοιες και, κατά συνέπεια, χαρακτηρίζουν συμπεριφορές που από τη μια (ως προς το ΜΠΠ) σχετίζονται με την καλοσύνη, την ευαισθησία, τη σταθερότητα σε αξίες και

αρχές ενώ από την άλλη (ως προς το ΕΜΔΠ) με την προσωπική προβολή, την απαιτητικότητα, το ριψοκίνδυνο και την εμμονικότητα.

Η σχέση μεταξύ Ανταγωνισμού και Προσήνειας ήταν ένα εξίσου ενδιαφέρον εύρημα, καθώς τα αποτελέσματα ανέδειξαν μια σημαντικά αρνητική συσχέτιση. Η σχέση τους έχει απασχολήσει την ερευνητική συζήτηση (Lynam & Miller 2019) κυρίως λόγω του γεγονότος ότι και οι δυο αποτελούν τη βάση της λεγόμενης «εξωτερίκευσης» της συμπεριφοράς. Ειδικότερα, ο Ανταγωνισμός, κατά τους ερευνητές αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες που συνεισφέρουν σε μια σειρά από εξωτερικευμένες συμπεριφορές που σχετίζονται με το φάσμα της αντικοινωνικής προσωπικότητας (ψυχοπαθητικότητα, αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, ναρκισσιστική διαταραχή), χρήση ουσιών, επιθετικότητα και αντικοινωνική συμπεριφορά. Στη μέτα-ανάλυση των Vize et al., (2019), ο Ανταγωνισμός ως αντιθετικός πόλος της Προσήνειας, βρέθηκε να ερμηνεύει ποσοστό διακύμανσης όσο οι υπόλοιπες 4 διαστάσεις του ΜΠΠ για όλες τις μορφές της αντικοινωνικής συμπεριφοράς.

Αντίστοιχα ευρήματα αναφέρονται και για τη σχέση του Ανταγωνισμού με την Ψυχοπαθητικότητα, όπου στην πλειοψηφία των ερευνών (DeCuyper et al., 2009· O'Boyle et al., 2015· Muris et al., 2017), ο Ανταγωνισμός ερμηνεύει το μεγαλύτερο ποσοστό διακύμανσης (σε σχέση με τους υπόλοιπους παράγοντες του ΜΠΠ) συμπεριφορές που έχουν να κάνουν με κατ'εξοχήν ανταγωνιστικά χαρακτηριστικά, όπως έλλειψη ενσυναίσθησης, χειριστικότητα, υπεροψία, εγωκεντρικότητα, αδυναμία εκδήλωσης αγάπης. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης υπό-μελέτης για τη σχέση του Ανταγωνισμού με την Προσήνεια, έρχονται να επιβεβαιώσουν τη ευρύτερη ερευνητική συζήτηση για μια σταθερά αρνητικά συγκλίνουσα σχέση. Ταυτόχρονα, επιβεβαιώνουν και την αποκλίνουσα σχέση (μηδενική συσχέτιση) του Ανταγωνισμού με τις

υπόλοιπες 4 διαστάσεις του ΜΠΠ, μια σχέση συνεπής με τα αποτελέσματα και των υπόλοιπων αναφερόμενων ερευνών.

Επιπρόσθετα, ο παράγοντας της Αποστασιοποίησης παρουσίασε θετική συσχέτιση με τη διάσταση του Νευρωτισμού και αρνητική συσχέτιση με τις υπόλοιπες 4 διαστάσεις του ΜΠΠ. Η Αποστασιοποίηση στην ιεραρχική οργάνωση της ψυχοπαθολογίας (HiTOP) αποτελεί τον βασικό παράγοντα του λεγόμενου «εσωτερικευμένου» φάσματος που αποτελείται κατά κύριο λόγο από συμπεριφορές απόσυρσης, χαμηλής συναισθηματικής έκφρασης και επαφής καθώς και δυσκολία σύναψης και διατήρησης σταθερών σχέσεων. Μάλιστα, έχει αναφερθεί ότι αυτές οι συμπεριφορές συνοδεύονται και από έντονο άγχος, στην προσπάθεια του ατόμου να δομήσει σταθερές σχέσεις, κάτι που στις έρευνες του ΕΜΔΠ με το ΜΠΠ εκδηλώνεται με υψηλά επίπεδα Νευρωτισμού και αρνητικές τιμές στην Εξωστρέφεια. Κατά τους ερευνητές (Fowler et al., 2015), τέτοιες σχέσεις της Αποστασιοποίησης με το ΜΠΠ μπορεί να αποτελέσουν προβλεπτικούς δείκτες για ένα εύρος δυσλειτουργικών συμπεριφορών, αλλά και την κατάθλιψη.

Στην έρευνα των Gore & Widiger (2013), όπου τρία διαφορετικά εργαλεία του ΜΠΠ χορηγήθηκαν με το PID-5, ο παράγοντας της Αποστασιοποίησης ανέδειξε σταθερά υψηλή συσχέτιση με τον Νευρωτισμό και αντίστοιχα αρνητικές συσχετίσεις με τις υπόλοιπες 4 διαστάσεις του ΜΠΠ. Κατά τους ερευνητές αυτό ερμηνεύεται από το γεγονός ο παράγοντας της Αποστασιοποίησης του ΕΜΔΠ, πέρα από τις πυρηνικές συναισθηματικές έννοιες της ανηδονίας και της κατάθλιψης, περιγράφει και ένα γενικότερο συναισθηματικό φάσμα απόσυρσης, ανασφάλειας, αποφευκτικότητας και καχυποψίας, έννοιες που τοποθετούνται στους αντίθετους πόλους της Προσήνειας και της Ευσυνειδησίας του ΜΠΠ. Κατά τον ίδιο τρόπο, τα ευρήματα της συγκεκριμένης υπό-μελέτης επιβεβαιώνουν τη συγκλίνουσα σχέση μεταξύ Αποστασιοποίησης και διαστάσεων του ΜΠΠ.

Ένα ακόμα εύρημα της συγκεκριμένης μελέτης και σε αντιστοιχία με προηγούμενες έρευνες ήταν η μηδενική συσχέτιση μεταξύ της διάστασης της Δεκτικότητας στην Εμπειρία του ΜΠΠ και του παράγοντα του Ψυχωτισμού του ΔΕΠ-5. Από την αρχή της οργάνωσης του ΕΜΔΠ, ο παράγοντας του Ψυχωτισμού ήταν υπό διαρκή διερεύνηση. Αυτό κυρίως γιατί από τη σύστασή του ο παράγοντας του Ψυχωτισμού εμπεριέχει όλο το φάσμα των περιέργων και εκκεντρικών συμπεριφορών, αρκετά από τα σχιζότυπα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, καθώς και την ιδιαίτερη σκέψη και συμπεριφορά. Στην πλειοψηφία των ερευνών μέχρι σήμερα (ενδ., Few et al., 2013· Pirres et al., 2017· Quilty et al., 2013· Watson et al., 2013), ο Ψυχωτισμός παρουσιάζει χαμηλές έως και μηδενικές συσχετίσεις με τις διαστάσεις του ΜΠΠ και ιδιαίτερα με τη διάσταση Δεκτικότητα στην Εμπειρία. Στην έρευνά τους οι Widiger και Crego (2019) διαπίστωσαν ότι η σχέση μεταξύ των δυο αυτών κλιμάκων οφείλεται στο γεγονός ότι πρόκειται για εντελώς διαφορετικές έννοιες, καθώς ο Ψυχωτισμός χαρακτηρίζεται από «περίεργες και ασυνήθιστες σκέψεις και συμπεριφορές», ενώ η Δεκτικότητα στην Εμπειρία από «ασυνήθιστα πρωτότυπες και καινοτόμες ιδέες και την αναζήτηση της δημιουργικότητας». Μάλιστα, στις έρευνες με τα σχιζότυπα ή και προ-ψυχωτικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, ο παράγοντας του Ψυχωτισμού βρέθηκε να έχει μεγαλύτερη συσχέτιση με αυτές τις έννοιες, από ό,τι με τις διαστάσεις του ΜΠΠ (Chmielewski et al., 2014).

Κατά τους ερευνητές η μελέτη του παράγοντα του Ψυχωτισμού θα πρέπει να εστιάζει περισσότερο στην αποσαφήνιση των επιμέρους εννοιών και διαστάσεων που αντιπροσωπεύει και λιγότερο στην αναγκαστική τοποθέτησή του απέναντι στη διάσταση της Δεκτικότητας στην Εμπειρία του ΜΠΠ. Εξαίρεση στα ανωτέρω αποτελέσματα αποτελεί η σχέση του Ψυχωτισμού με τον Νευρωτισμό που παρουσιάζει χαμηλή συσχέτιση, γεγονός που αποδίδεται σε ένα ιδιαίτερο μοτίβο σκέψης όπου κυριαρχεί το αγχώδες συναίσθημα με χαρακτηριστικά τα στοιχεία

προ-ψυχωτικής σκέψης (Boyette et al., 2013). Τα ανωτέρω ευρήματα έρχονται να υποστηρίξουν και τα δεδομένα από τη συγκεκριμένη υπό-μελέτη του ΔΕΠ-5 όπου διαπιστώθηκαν σχεδόν μηδενικές συσχετίσεις μεταξύ Ψυχωτισμού και των 4 διαστάσεων του ΜΠΠ, ενισχύοντας έτσι την αποκλίνουσα εγκυρότητα μεταξύ τους.

Αξιοσημείωτο, επίσης, είναι το γεγονός ότι όλοι οι παράγοντες του ΔΕΠ-5 παρουσίασαν συσχετίσεις στους αντίθετους πόλους της συναισθηματικής σταθερότητας των διαστάσεων του ΜΠΠ (Crego et al., 2015). Σε αυτό το πλαίσιο, μπορεί να υποστηριχθεί ότι οι παράγοντες του ΔΕΠ-5 λειτουργούν ως αντιθετικοί πόλοι της γενικής προσωπικότητας, όπως αυτοί εκφράζονται μέσα από το ΜΠΠ. Τα ευρήματα αυτά συνεισφέρουν επιπλέον στη θεωρητική τεκμηρίωση που ακολουθεί μια μακρόχρονη συζήτηση για τη σχέση μεταξύ του παραγόντων ΕΜΔΠ και των διαστάσεων του ΜΠΠ ως ένα συνεχές που εκτείνεται από τις γενικές έως τις παθολογικές εκφάνσεις της προσωπικότητας (Krueger & Markon, 2014).

Στο πλαίσιο της τρίτης υπό-μελέτης εγκυρότητας, διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ παραγόντων του ΔΕΠ-5 με το μοντέλο HEXACO (ένα ακόμη μοντέλο ταξινόμησης της γενικής προσωπικότητας με παρόμοια δομή με το ΜΠΠ), το μοντέλο του Σκοτεινού Παράγοντα (D-Factor) καθώς και το μοντέλο της Σχιζότυπης Προσωπικότητας. Αναφορικά με τη σχέση μεταξύ ΔΕΠ-5 και του μοντέλου HEXACO, τα αποτελέσματα έδειξαν μέτριες αρνητικές ή και μηδενικές συσχετίσεις με εξαίρεση τη μέτρια θετική συσχέτιση που βρέθηκε ανάμεσα στην κλίμακα Αρνητικό Συναίσθημα και στην κλίμακα της Συναισθηματικότητας. Η πλειοψηφία των υπολοίπων συσχετίσεων, κυμάνθηκε ανάμεσα σε μέτριες και χαμηλές αρνητικές συσχετίσεις. Για παράδειγμα, η σχέση μεταξύ της κλίμακας Ανταγωνισμός του ΔΕΠ-5 με την κλίμακα Ειλικρίνεια του μοντέλου HEXACO ή η σχέση μεταξύ της κλίμακας Αποστασιοποίηση με την κλίμακα Εξωστρέφεια του μοντέλου HEXACO, όπου βρέθηκαν μέτριες αρνητικές συσχετίσεις.

Από την άλλη, η σχέση μεταξύ της κλίμακας Άρση Αναστολών με την κλίμακα Ειλικρίνεια ή της κλίμακας Αποστασιοποίηση με την κλίμακα Ευσυνειδησία του μοντέλου HEXACO, όπου παρατηρήθηκαν πολύ χαμηλές συσχετίσεις. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχουν τα αποτελέσματα του παράγοντα του Ψυχωτισμού του ΔΕΠ-5 με όλες σχεδόν της κλίμακες του μοντέλου HEXACO, όπως και μεταξύ της κλίμακας της Δεκτικότητας στην Εμπειρία του μοντέλου HEXACO με όλες τις κλίμακες του ΔΕΠ-5, όπου βρέθηκαν σχεδόν μηδενικές συσχετίσεις. Ανάλογα αποτελέσματα έχουν καταγραφεί και σε αντίστοιχες μελέτες (Ashton et al., 2012), γεγονός που τεκμηριώνει τόσο τη συγκλίνουσα όσο και την αποκλίνουσα εγκυρότητα των ιεραρχικά ανώτερων κλιμάκων του ΔΕΠ-5.

Ο Σκοτεινός Παράγοντας, μια σχετικά σύγχρονη θεωρητική κατασκευή (Moshagen et al., 2018), παρουσίασε ιδιαίτερα σημαντικές θετικές συσχετίσεις με τα ανταγωνιστικά χαρακτηριστικά που υπάρχουν στις διαστάσεις του ΔΕΠ-5. Ο Σκοτεινός Παράγοντας τοποθετεί στο επίκεντρο τις πεποιθήσεις και τις σκέψεις του ατόμου ως απάντηση για την προσωποκεντρική συμπεριφορά του. Μάλιστα, χαρακτηριστικά όπως η μεγαλομανία και η καχυποψία, έχουν ως αποτέλεσμα το άτομο να εμφανίζει υψηλά επίπεδα επιφυλακτικότητας και χαμηλά επίπεδα εμπιστοσύνης (Hilbig et al., 2021· Horsten et al., 2021). Στη συγκεκριμένη υπό-μελέτη αξιολόγησης του ΔΕΠ-5 με τον Σκοτεινό Παράγοντα, τα αποτελέσματα παρουσίασαν μία μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ όλων των διαστάσεων του ΔΕΠ-5 και του Σκοτεινού Παράγοντα. Ειδικότερα, βρέθηκε υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στην κλίμακα του Ανταγωνισμού και του Σκοτεινού Παράγοντα. Η σχέση αυτή μπορεί να ερμηνευθεί καθώς ένα πλήθος εναντιωματικών και προσωποκεντρικών συμπεριφορών που ενυπάρχουν στις διαστάσεις του ΔΕΠ-5 (όπως π.χ., ψυχρότητα, καχυποψία, μεγαλομανία) φαίνεται να έχουν εννοιολογική συνάφεια με τα κύρια χαρακτηριστικά του Σκοτεινού Παράγοντα, όπως ο ναρκισσισμός, ο

μακιαβελισμός και η ψυχοπαθητικότητα, όπως έχει διατυπωθεί και σε άλλες έρευνες (Scholz et al., 2022). Για μία ακόμη φορά, τα αποτελέσματα και αυτής της υπο-μελέτης τεκμηριώνουν την συγκλίνουσα εγκυρότητα της κλίμακας ΔΕΠ-5.

Κατά την τρίτη υπό-μελέτη εγκυρότητας εξετάστηκε η σχέση του ΔΕΠ-5 με το μοντέλο της Σχιζότυπης Προσωπικότητας. Η σχιζότυπη προσωπικότητα αποτελείται από αρνητικά και θετικά σχιζότυπα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια σε γενετικό και συμπεριφοριστικό επίπεδο με αποτέλεσμα τα άτομα με αυτά τα χαρακτηριστικά να βιώνουν αρκετές φορές εμπειρίες που μοιάζουν ή έχουν ψυχωτικά χαρακτηριστικά (Tsaousis et al., 2015). Για τη θεωρητική τεκμηρίωση του μοντέλου της σχιζότυπης προσωπικότητας έχουν κατά καιρούς διατυπωθεί διάφορες προσεγγίσεις (Raine et al., 1994· Bentall et al., 1989· Venables & Bailes, 1994· Kendler et al., 1991· Stefanis et al., 2004) με τις απόψεις να συγκλίνουν στην οργάνωση του μοντέλου γύρω από τέσσερις παράγοντες: Γνωσιακό-αντιληπτικό, Παρανοειδή, Αρνητικό και Αποδιοργανωτικό. Μέχρι σήμερα, έρευνες έχουν μελετήσει τη σχέση των τεσσάρων παραγόντων με άλλες μεταβλητές όπως για παράδειγμα, τη σχέση με δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο (Raine et al., 1994), την ηλικία (Reynolds et al., 2000).

Η συνεχής έρευνα για την περαιτέρω κατανόηση της έννοιας της σχιζοτυπίας ως ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας καταδεικνύεται και από τον τρόπο με τον οποίο έγινε προσπάθεια να ενσωματωθεί και να περιγραφεί διαστατικά στο ΕΜΔΠ του DSM-5. Ο παράγοντας του Ψυχωτισμού στο ΕΜΔΠ αναφέρεται κυρίως στην γνωστική και αντιληπτική απορρύθμιση, την εκκεντρικότητα της σκέψης και της συμπεριφοράς και τις ασυνήθιστες εμπειρίες και πεποιθήσεις, στοιχεία που περιγράφουν εν μέρει το προψυχωτικό φάσμα και ταυτόχρονα σχιζότυπα χαρακτηριστικά και συμπεριφορές. Μάλιστα η αρχική ονομασία του συγκεκριμένου παράγοντα στο ΕΜΔΠ ήταν «Σχιζοτυπία» (Clark, 2007). Ωστόσο, αυτό που από



νωρίς διατυπώθηκε σαν κύριο εννοιολογικό στοιχείο του παράγοντα του Ψυχωτισμού στο ΕΜΔΠ δεν ήταν οι ψυχωτικές ψευδαισθήσεις. Αντί αυτών, δόθηκε έμφαση στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που σχετίζονται με τις εκκεντρικές συμπεριφορές και σκέψεις, και που σύμφωνα με τον ορισμό της διαταραχής κατά το DSM, είναι διάχυτα και διαχρονικά στο άτομο, σε αντίθεση με τις ψευδαισθήσεις που είναι περιορισμένης χρονικής διάρκειας (APA, 2013).

Θα πρέπει να σημειωθεί, επίσης, ότι στην έρευνά τους οι Crego και Widiger (2017), διαπίστωσαν χαμηλές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων της «Γνωστικής και Αντιληπτικής Απορρύθμισης» και των «Ασυνήθιστων Εμπειριών και Πεποιθήσεων» της Σχιζότυπης Προσωπικότητας, με την κλίμακα του Ψυχωτισμού του ΕΜΔΠ και της «Δεκτικότητας στην Εμπειρία» του ΜΠΠ. Αντιθέτως, η διάσταση της «Εκκεντρικότητας» του Ψυχωτισμού παρουσίασε μέτριες προς υψηλές συσχετίσεις με τα χαρακτηριστικά του ΜΠΠ. Τα ανωτέρω ευρήματα ουσιαστικά συνηγορούν υπέρ της συνεχούς συζήτησης αναφορικά με το εννοιολογικό εύρος του παράγοντα του Ψυχωτισμού και τη σχέση του με τα σχιζότυπα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που ακόμα διερευνάται.

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης υπό-μελέτης ανέδειξαν τη συσχέτιση μεταξύ του Ψυχωτισμού του ΔΕΠ-5 με τη διάσταση της Αποδιοργάνωσης της Σχιζότυπης προσωπικότητας. Η συσχέτιση που αναδείχθηκε ενδεχομένως να υποδηλώνει τη σχέση που υπάρχει στο ψυχωσικόμορφο μοτίβο σκέψεων και συμπεριφορών ατόμων με υψηλά σκορ σε αυτή τον παράγοντα, χωρίς όμως να πληρούν τα κριτήρια μιας αντίστοιχης διάγνωσης (Kemp et al., 2022· Longenecker et al., 2020). Σημαντικά ήταν και τα ευρήματα της συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων του Αρνητικού Συναισθήματος, της Αποστασιοποίησης του ΔΕΠ-5 με τις διαστάσεις του Αρνητικού Παρανοειδούς του μοντέλου της σχιζότυπης προσωπικότητας. Η σχέση του Αρνητικού Συναισθήματος και της Αποστασιοποίησης του ΔΕΠ-5 με τον Παρανοϊκό

και τον Αρνητικό παράγοντα της Σχιζότυπης προσωπικότητας υποδηλώνουν τη γενικότερη διάχυτη συναισθηματική συμπτωματολογία που υπάρχει στις διαστάσεις του ΔΕΠ-5 και σχετίζονται με μια σειρά από ψυχωσικόμορφες εκδηλώσεις συμπεριφορών πέρα από τις αυστηρές διαγνωστικές κατηγορίες.

Τα παραπάνω ευρήματα, έρχονται να προστεθούν στα ευρήματα των προηγούμενων υπο-μελετών που τεκμηριώνουν την συγκλίνουσα εγκυρότητα του ΔΕΠ-5. Από την άλλη, και σε αυτή την επιμέρους μελέτη, υπήρξε σχεδόν μηδενική σχέση μεταξύ του Ανταγωνισμού με το σύνολο των διαστάσεων της Σχιζότυπης Προσωπικότητας, στοιχείο, που ενισχύει τα δεδομένα που τεκμηριώνουν την αποκλίνουσα εγκυρότητα της συγκεκριμένης κλίμακας του ΔΕΠ-5.

Τέλος, στην τέταρτη υπό-μελέτη, αξιολογήθηκε η σχέση του ΔΕΠ-5 με το εργαλείο συμπτωματολογίας σωματικών ενοχλημάτων BSI, σε μια προσπάθεια να καταδειχθεί η σχέση μεταξύ ΕΜΔΠ και άλλων ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων. Το ότι οι διαταραχές προσωπικότητας παρουσιάζουν συσχέτιση με τις υπόλοιπες διαταραχές, δεν είναι κάτι νέο (Crawford et al., 2008· Oldman et al., 2011· Zimmerman, & Mattia, 1999). Μάλιστα ακριβώς αυτή η ιδιαίτερη και πολύπλοκη σχέση ήταν και ένας από τους λόγους που συνέβαλαν στην αναθεώρηση του DSM-5 και την ανάδειξη του διαστατικού μοντέλου (Trull et al., 2007· Widiger, 2007). Ο κυριότερος λόγος ήταν η διερεύνηση της συνοσηρότητας μεταξύ διαταραχών προσωπικότητας και διαταραχών Άξονα Ι. Έτσι, από τη στιγμή της αρχικής παρουσίασης του ΕΜΔΠ, ένα μεγάλο μέρος της ερευνητικής υποστήριξης κατευθύνθηκε στην αναζήτηση της σχέσης του με το υπόλοιπο φάσμα της ψυχοπαθολογίας.

Οι Corruble et al. (1996) στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τη σχέση των διαταραχών προσωπικότητας και της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με οριακή, οιστριονική, ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική και σχιζότυπη διαταραχή

προσωπικότητας είχαν την υψηλότερη σχέση συνοσσηρότητας. Επίσης, οι Alnaes και Torgersen (1997) συμπέραναν ότι, η οριακή και η αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας εμφάνισαν το υψηλότερο ρίσκο για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Και η έρευνα των Casey et al. (2004) σε γενικό δείγμα πληθυσμού, κατέδειξε τη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και διαταραχών προσωπικότητας με την εξαρτητική, αποφευκτική και ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας να είναι οι πιο συχνές. Αντίστοιχες μελέτες για τις συναισθηματικές διαταραχές, όπως των Vittengl et al., 2023, ανέδειξαν τη σχέση μεταξύ των 25 διαστάσεων καθώς και των 5 ανώτερων παραγόντων και κυρίως του Αρνητικού Συναισθήματος και της Αποστασιοποίησης του ΕΜΔΠ με την κατάθλιψη.

Στο ίδιο πλαίσιο της σχέσης μεταξύ ΕΜΔΠ και διαταραχών χρήσης ουσιών, οι Heath et al. (2018) διαπίστωσαν ότι οι υψηλές συσχετίσεις που εμφανίζονται μεταξύ του παράγοντα Άρση Αναστολών και του Ψυχωτισμού σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών. Σε αντίστοιχη μελέτη, οι Hemmati et al., (2019), διαπίστωσαν ότι η σχέση μεταξύ αγχώδους κοινωνικής διαταραχής και αποφευκτικής διαταραχής προσωπικότητας σχετίζονται με τον παράγοντα της Αποστασιοποίησης. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι, παρόλο που πρόκειται για δυο διαφορετικές οντότητες της ψυχοπαθολογίας, ουσιαστικά επιβεβαιώνεται η δυναμική του ΕΜΔΠ να παρέχει πληροφορίες και για άλλες παθολογικές καταστάσεις πέρα από τις ΔΠ. Αλλά και οι Komasi et al., (2023) στην έρευνά τους συμπέραναν ότι οι παράγοντες του Αρνητικού Συναισθήματος, Αποστασιοποίησης και Άρσης Αναστολών σχετίζονται με το καταθλιπτικό συναίσθημα, ενώ ο Ανταγωνισμός και ο Ψυχωτισμός με την κυκλοθυμία. Μια ακόμα έρευνα από τους Skjernov et al. (2020) σε δείγμα 84 εξωτερικών ασθενών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η συχνότητα των διαταραχών προσωπικότητας όπως ανιχνεύεται μέσα από τους πέντε ανώτερους παράγοντες του

EMΔΠ σχετίζεται με την αγχώδη διαταραχή. Μάλιστα, όσο πιο σοβαρή η παθολογική διάσταση, τόσο πιο σοβαρό είναι και το επίπεδο της αγχώδους διαταραχής.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης παρουσίασαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων του ΔΕΠ-5 και των επιμέρους διαστάσεων του BSI καθώς και με το γενικό δείκτη ψυχοπαθολογίας. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται να υποστηρίξουν τη γενικότερη συζήτηση ότι διάφορα ψυχοπαθολογικά σύνδρομα ενδεχομένως να λανθάνουν μέσα στους παράγοντες του EMΔΠ, όπως για παράδειγμα η κατάθλιψη (Gonçalves et al., 2022) ή και άλλες διαταραχές της ψυχοπαθολογίας (Pires et al., 2017). Ενδεικτικά, στην έρευνα των Hirschfield et al., (2003) για τη σχέση μεταξύ διπολικής διαταραχής και οριακής διαταραχής προσωπικότητας, βρέθηκε ότι το βασικό στοιχείο της συναισθηματικής αστάθειας αποτελεί το διαφοροποιητικό στοιχείο όταν πρόκειται για τη διάκριση τους. Στο EMΔΠ η συναισθηματική αστάθεια αποτελεί διάσταση του παράγοντα του Αρνητικού Συναισθήματος. Αντίστοιχα, στην έρευνα των Malhi et al. (2013), διαπιστώθηκε ότι υψηλά σκορ στην κλίμακα δυσκολιών ρύθμισης συναισθήματος (Difficulties in Emotion Regulation Scale, [DERS], Gratz & Gomez, 2004) ήταν ενδεικτικά της οριακής διαταραχής προσωπικότητας και μάλιστα ότι οι διαστάσεις του EMΔΠ που σχετίζονται με τη ρύθμιση του συναισθήματος θα μπορούσαν να δώσουν περισσότερες πληροφορίες για την ένταση και τη συχνότητα της διαταραχής.

Περαιτέρω έρευνες μεταξύ των διαστάσεων και των παραγόντων του EMΔΠ και της ψυχοπαθολογίας, έχουν επικεντρωθεί στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ EMΔΠ και των διαταραχών προσωπικότητας του DSM-IV. Με αυτόν τον τρόπο επισημαίνεται η ικανότητα του EMΔΠ να αναδεικνύει το εύρος της παθολογίας της προσωπικότητας (Fossati et al., 2013). Στην έρευνα των Wright et al., (2012), σε γενικό και κλινικό πληθυσμό, οι διαστάσεις του EMΔΠ βρέθηκαν να σχετίζονται με γενικευμένα χαρακτηριστικά προσωπικής δυσλειτουργίας και,

μάλιστα, η πλειοψηφία των διαστάσεων του ΕΜΔΠ παρουσίασε υψηλότερες τιμές στα διαπροσωπικά προβλήματα του κλινικού δείγματος, δίνοντας έτσι βάση για περαιτέρω διερεύνηση της αξιολογικής επάρκειας του μοντέλου και σε άλλες μελέτες πληθυσμών. Αντίστοιχα στην έρευνα των Goncalves et al. (2021) για τη σχέση μεταξύ ΕΜΔΠ και της ανίχνευσης ατόμων με υψηλό ρίσκο αυτοκτονικότητας, οι ερευνητές μπόρεσαν να κατασκευάσουν ένα αλγόριθμο διάκρισης μεταξύ ατόμων με υψηλό ρίσκο μεταξύ 346 ατόμων γενικού πληθυσμού με αναφερόμενες ψυχολογικές ενοχλήσεις.

Σε αυτό το πλαίσιο, διενεργήθηκε μία ακόμη υπο-μελέτη (η πέμπτη) προκειμένου να αξιολογήσει την ικανότητα των 25 διαστάσεων και των 5 παραγόντων του ΔΕΠ-5 να διακρίνουν τη συμπτωματολογία των διαγνώσεων ΔΠ μεταξύ κλινικού και γενικού δείγματος πληθυσμού. Το σκεπτικό αυτής της αξιολόγησης έχει ως αφετηρία το επιχείρημα ότι το ΕΜΔΠ εκτός από μοντέλο οργάνωσης και αξιολόγησης των ΔΠ, αποτελεί και ένα μοντέλο αξιολόγησης ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων. Με την έννοια αυτή ενδεχομένως να μπορεί να δώσει επιμέρους πληροφορίες στον ειδικό ώστε να μπορεί διακρίνει την ύπαρξη μιας ΔΠ και να αξιολογήσει τη σοβαρότητά της (Morey & Skodol, 2013). Με το σκεπτικό αυτό, η διερεύνηση του ΔΕΠ-5 ως εργαλείο ανίχνευσης ΔΠ αποτελεί μια ακόμα ψυχομετρική συνθήκη διερεύνησής του. Μέχρι σήμερα από την πλειοψηφία των μελετών του ΕΜΔΠ, ελάχιστες έχουν συμπεριλάβει κλινικό δείγμα και λίγες έχουν μελετήσει αυτή την διακριτική ιδιότητά του (ενδ. Berghuis et al., 2021).

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης καταδεικνύουν ότι οι 25 διαστάσεις και οι 5 παράγοντες παρουσιάζουν ικανοποιητική διαγνωστική επάρκεια στο να ανιχνεύουν ή και να προβλέπουν την πιθανότητα ενός ατόμου να εκδηλώσει ή και να υιοθετήσει δυσλειτουργικές συμπεριφορές που σχετίζονται με τις ΔΠ. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι στη

συγκεκριμένη μελέτη, το δείγμα του κλινικού πληθυσμού δεν είχε λάβει διάγνωση μόνο μιας ΔΠ, αλλά και επιπλέον διάγνωση από τον Άξονα I (κυρίως διαταραχές της διάθεσης). Με αυτό το σκεπτικό, θα ήταν υπεργενίκευση να διατυπωθεί το συμπέρασμα ότι συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενδεχομένως να ευθύνονται και για συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές. Αντιθέτως, αποτελέσματα από έρευνες εγκυρότητας με τη χρήση κλινικών εργαλείων και θεωρητικών μοντέλων γενικής προσωπικότητας, υποστηρίζουν τη χρήση διαγνωστικών εργαλείων πέρα και πάνω από την εμπειρική κλινική αξιολόγηση του ειδικού. Μάλιστα, ο Widiger (2013) υποστήριξε ότι η διακριτική εγκυρότητα ενός εργαλείου που αντιπροσωπεύει το ΕΜΔΠ θα πρέπει να θεωρείται ως ένα απαραίτητο βήμα καθώς συνεισφέρει στην διαγνωστική αξιολόγηση των ΔΠ. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης συνεισφέρουν στην διαρκώς ολοένα και αυξανόμενη εμπειρική γνώση για την ικανότητα των διαστάσεων και τους παραγόντων του ΕΜΔΠ να συνεισφέρουν στην ανίχνευση των ΔΠ.

Παρά το γεγονός ότι οι συσφρευτικές μελέτες που παρουσιάστηκαν στο πλαίσιο αυτής της διατριβής κατέδειξαν ότι το ΔΕΠ-5 είναι ένα εργαλείο με ισχυρές ψυχομετρικές ιδιότητες, υπάρχουν κάποιοι μεθοδολογικοί, κυρίως, περιορισμοί, που θα μπορούσαν (και πρέπει) να αντιμετωπιστούν στο άμεσο μέλλον, ώστε να ενισχύσουν την ψυχομετρική του ταυτότητα. Πρώτα από όλα, ένας σημαντικός περιορισμός ήταν η χρήση ευκαιριακού δείγματος στο σύνολο των μελετών της διατριβής, καθώς η πλειοψηφία προήλθε κυρίως από χρήστες των μέσων κοινωνικής δικτύωσης. Αυτή η στρατηγική της δειγματοληψίας, από τη μια προσέφερε τη δυνατότητα αξιοποίησης ενός εύκολα προσβάσιμου δείγματος, από την άλλη όμως δεν επιτρέπει την γενίκευση των αποτελεσμάτων. Συνεπώς, μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να περιλαμβάνουν πιο αντιπροσωπευτικά δείγματα πληθυσμού ώστε να μελετηθεί η σταθερότητα των ευρημάτων αυτής της διατριβής.

Μια ακόμα ερευνητική πρόκληση που θα μπορούσε να εστιάσει στην επιλογή ενός πιο ισορροπημένου δείγματος ως προς το φύλο, καθώς οι γυναίκες αποτελούσαν σχεδόν σε όλες τις μελέτες την πλειοψηφία του δείγματος. Ακόμα, ενδιαφέρον θα είχε η συμμετοχή ή η χαρτογράφηση του δείγματος μεταξύ αστικών και μη αστικών-αγροτικών περιοχών καθώς με αυτόν τον τρόπο θα ενισχύονταν περισσότερο η κοινωνική αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Τέλος, η χρήση μεγαλύτερου και πιο αντιπροσωπευτικού κλινικού δείγματος (νοσοκομεία, κέντρα ημέρας, εξωτερικές δομές υγείας) θα μπορούσε να ενισχύσει περαιτέρω τη διακριτική εγκυρότητα του ΔΕΠ-5 στην αξιολόγηση, διάγνωση και σχεδιασμό της θεραπείας των ΔΠ.

### **Μελλοντικές έρευνες**

Από την άλλη πλευρά, αυτή η διατριβή μπορεί να αποτελέσει και την αρχή για μια σειρά από μελλοντικές μελέτες περαιτέρω διερεύνησης του αντικειμένου της. Μια πρώτη τέτοια απόπειρα θα μπορούσε να είναι η επαναξιολόγηση εκείνων των διαστάσεων που η ανάλυση έδειξε να φορτώνουν (ανήκουν) εννοιολογικά σε άλλον παράγοντα από αυτόν που αναμένονταν σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο του ΕΜΔΠ. Κάτι τέτοιο θα μπορούσε να αποτελέσει μια ευκαιρία επανεξέτασης τόσο σε επίπεδο περιεχομένου των στοιχείων όσο και σε επίπεδο επαναπροσδιορισμού των εννοιολογικών ορισμών των διαστάσεων όπως διατυπώθηκαν. Κάτω από αυτό το πρίσμα, είναι δυνατό, να απαντηθεί κατά πόσο αυτές οι διαφορές προκύπτουν ως αποτέλεσμα κάποιας μεθοδολογικής αστοχίας, που έχει να κάνει με την ποιότητα των στοιχείων αυτών των διαστάσεων ή οφείλονται στον διαπολιτισμικό παράγοντα και στον τρόπο που γίνονται αντιληπτές οι έννοιες της ψυχοπαθολογίας στους διαφορετικούς πολιτισμούς. Μία τέτοια μελέτη, θα μπορούσε να ενισχύει στην εγκυρότητα περιεχομένου του εργαλείου και να αναδείξει το ΔΕΠ-5 ως ένα ισχυρό εργαλείο μέτρησης της παθολογίας της προσωπικότητας.

Εξίσου ενδιαφέρουσα θα ήταν και η συγκριτική μελέτη του ΔΕΠ-5 με το PID-5. Μια τέτοια μελέτη θα μπορούσα να δώσει περισσότερες πληροφορίες αναφορικά τη δυνατότητα του ΔΕΠ-5 να ερμηνεύσει μεγαλύτερο ποσοστό διακύμανσης μια παθολογικής οντότητας (π.χ. αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας) έναντι του PID-5 και με τον τρόπο αυτό να ενισχυθεί η αυξητική εγκυρότητά του στον ελληνικό πληθυσμό. Επιπλέον θα μπορούσε να αναδείξει και τη δυναμική της διαφορετικής κατασκευαστικής μεθόδου που ακολουθήθηκε στην παρούσα διατριβή. Πιο συγκεκριμένα, θα μπορούσε να δειχθεί κατά πόσο η υιοθέτηση της ημικής μεθόδου ως μέθοδος ανάπτυξης ενός εργαλείου υπερτερεί έναντι μιας διαπολιτισμικής προσαρμογής (ητική μέθοδος) ενός εργαλείου, ειδικά όταν πρόκειται για πολύπλοκες θεωρητικές κατασκευές όπως π.χ., η προσωπικότητα.

Ένα ακόμα βήμα προς την ευρεία χρήση του ΔΕΠ-5 θα μπορούσε να είναι η δημιουργία φόρμας ετερο-αναφοράς σε συνδυασμό με την υπάρχουσα αυτο-αναφοράς, προκειμένου οι απαντήσεις τόσο του ατόμου, όσο και των οικείων του να αξιολογούνται συνδυαστικά από τον ειδικό. Κάτι τέτοιο θα ενίσχυε τη διακριτική εγκυρότητα του νέου εργαλείου, καθώς θα δινόταν η ευκαιρία για τη συλλογή πιο αντικειμενικών παρατηρήσεων για τη συμπεριφορά ενός ατόμου από άτομα του οικείου περιβάλλοντος ή τον ειδικό. Τέλος, ένας ακόμα μελλοντικός στόχος θα μπορούσε να είναι η δημιουργία ενός αντίστοιχου σύντομου εργαλείου με λιγότερα στοιχεία κατά το πρότυπο του PID-5 (PID-5-BF, Maples et al., 2015), γεγονός που θα διευκόλυνε κατά πολύ το έργο της αξιολόγησης μέσα από την εξοικονόμηση χρόνου συμπλήρωσης και αξιολόγησης.

Με την ολοκλήρωση της διατριβής αναδεικνύεται για πρώτη φορά στην ελληνική ψυχομετρική πραγματικότητα ένα νέο εργαλείο αξιολόγησης των ΔΠ σύμφωνα με το νέο διαστατικό μοντέλο του DSM-5. Μέχρι και τη στιγμή της συγγραφής της παρούσας διατριβής, οι



εξελίξεις γύρω από το χώρο της ψυχοδιαγνωστικής των ΔΠ τρέχουν με γοργούς ρυθμούς ερευνητικής επιβεβαίωσης του ΕΜΔΠ ως τη νέα αντίληψη οργάνωσης των ΔΠ. Η αναγκαιότητα της διαπολιτισμικής επιβεβαίωσης του μοντέλου από το 2013 που εμφανίστηκε, μέχρι σήμερα έχει αναδείξει τουλάχιστον 23 διαπολιτισμικές μελέτες (και διαρκώς προστίθενται και άλλες), γεγονός που επιβεβαιώνει σιγά σιγά την καθολικότητά του ως μοντέλο οργάνωσης των ΔΠ (ενδ., Coelho et al., 2022· Zatti et al., 2020· Thimm et al., 2016· Gutiérrez et al., 2017· Fang et al., 2021). Ένα τέτοιο εγχείρημα, πραγματοποιείται για πρώτη φορά μέσα στην ιστορία των συζητήσεων και αναθεωρήσεων του DSM, και αποτελεί μια παγκόσμια ερευνητική και επιστημονική πρωτοτυπία στο χώρο της διάγνωσης των ΔΠ. Μάλιστα, το γεγονός ότι σε όλες τις μελέτες η ιεραρχική διαστατική οργάνωση του ΕΜΔΠ επιβεβαιώνεται, θέτει τις βάσεις για μια διαφορετική, εμπειρικά και επιστημονικά τεκμηριωμένη αντίληψη της παθολογίας της προσωπικότητας.

Σε αυτό το πλαίσιο, το ΔΕΠ-5 αποτελεί με τη σειρά του ένα εργαλείο που αναπτύχθηκε εξ' ολοκλήρου στην ελληνική γλώσσα για τον ελληνικό πληθυσμό και έχει καταφέρει να επιβεβαιώσει με επιτυχία των ιεραρχικό μοντέλο ΔΠ με τις 25 κατώτερες διαστάσεις και τους 5 ανώτερους παράγοντες στην ελληνική πραγματικότητα. Με τον τρόπο αυτό, φιλοδοξεί να προσφέρει στην κλινική πρακτική αλλά και στην επιστημονική κοινότητα ένα πολύτιμο εργαλείο στα χέρια των ειδικών που ενδιαφέρονται για μια νέα προσέγγιση στην αξιολόγηση των ΔΠ.

Συμπερασματικά, η συγκεκριμένη διατριβή ολοκληρώθηκε με την κατασκευή ενός εργαλείου για την αξιολόγηση των ΔΠ με βάση το ΕΜΔΠ. Μέχρι τώρα, στην πρώτη του αρχική έκδοση, παρουσίασε ισχυρά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά και μπορεί να θεωρηθεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο επιστημονικό εργαλείο που θα βοηθήσει την επιστημονική κοινότητα στην

αξιολόγηση των ΔΠ. Η σημασία εκπόνησης της συγκεκριμένης διατριβής έρχεται να προσφέρει ιδιαίτερα και στην ελληνική ψυχομετρική πραγματικότητα της αξιολόγησης των ΔΠ. Το ΔΕΠ-5 αποτελεί το πρώτο εργαλείο που κατασκευάζεται εξ ολοκλήρου στα ελληνικά και ακολουθεί το μοντέλο του ΕΜΔΠ. Με αυτό το δεδομένο, η ευρεία του υιοθέτηση του και χρήση του στην κλινική πράξη, δύναται να καλύψει ένα σημαντικό κενό της διερεύνησης και διαγνωστικής αξιολόγησης των δυσλειτουργικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και κατά συνέπεια της διάγνωσης των ΔΠ. Ακόμα, έχει τη δυναμική να προκαλέσει περαιτέρω επιστημονική συζήτηση γύρω από την έρευνα πέρα από τις ΔΠ, και να προσφέρει στη διαρκή βελτίωση του επίσημου συστήματος οργάνωσης των ΔΠ και της ψυχοπαθολογίας πέρα και πάνω από την κλινική πρακτική.

## Βιβλιογραφία

- Abell, N., Springer, D. W., and Kamata, A. (2009). *Developing and Validating Rapid Assessment Instruments*. Oxford: Oxford University Press.
- Acton, G. S. (1998). Classification of Psychopathology: The Nature of Language. *The Journal of Mind and Behavior*, 19(3), 243–255. <http://www.jstor.org/stable/43854403>
- Adams, H.E., Luscher, K.A., Bernat, J.A. (2002). The Classification of Abnormal Behavior: An Overview. In: Sutker, P.B., Adams, H.E. (eds) *Comprehensive Handbook of Psychopathology*. Springer, Boston, MA. [https://doi.org/10.1007/0-306-47377-1\\_1](https://doi.org/10.1007/0-306-47377-1_1)
- Al-Dajani, N., Gralnick, T. M., & Bagby, R. M. (2016). A Psychometric Review of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Current Status and Future Directions. *Journal of personality assessment*, 98(1), 62–81. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1107572>
- Alloy, L. B., Riskind, J. H., & Manos, M. J. (2005). *Abnormal psychology: Current perspectives*. Boston: McGraw Hill.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. Holt, Reinhart & Winston.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anderson, J. L., Sellbom, M., Bagby, R. M., Quilty, L. C., Veltri, C. O., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2013). On the convergence between PSY-5 domains and PID-5 domains

- and facets: implications for assessment of DSM-5 personality traits. *Assessment*, 20(3), 286–294. <https://doi.org/10.1177/1073191112471141>
- Anderson, J. L., Sellbom, M., Pymont, C., Smid, W., De Saeger, H., & Kamphuis, J. H. (2015). Measurement of DSM-5 section II personality disorder constructs using the MMPI-2-RF in clinical and forensic samples. *Psychological Assessment*, 27(3), 786–800. <https://doi.org/10.1037/pas0000103>
- Andrew F. Hayes & Jacob J. Coutts (2020) Use Omega Rather than Cronbach's Alpha for Estimating Reliability. But..., *Communication Methods and Measures*, 14:1, 1-24, DOI: [10.1080/19312458.2020.1718629](https://doi.org/10.1080/19312458.2020.1718629)
- Andrews, G., Slade, T., & Peters, L. (1999). Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *British Journal of Psychiatry*, 174,3–5. [http://dx.doi.org/ 10.1192%2Fbjp.174.1.3](http://dx.doi.org/10.1192%2Fbjp.174.1.3)
- Angstman, K. B., & Rasmussen, N. H. (2011). Personality disorders: review and clinical application in daily practice. *American family physician*, 84(11), 1253–1260.
- Anthi Loutsiou-Ladd, Georgia Panayiotou & Costantinos M. Kokkinos (2008) A Review of the Factorial Structure of the Brief Symptom Inventory (BSI): Greek Evidence, *International Journal of Testing*, 8:1, 90-110, DOI:10.1080/15305050701808680
- APA Guidelines for Psychological Assessment and Evaluation, 2020
- Asan, A. E., & Pincus, A. L. (2023). Examining Schizotypal Personality Scales Within and Across Interpersonal Circumplex Surfaces. *Assessment*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/10731911221143354>
- Ashton, M. C., & Lee, K. (2007). Empirical, theoretical, and practical advantages of the HEXACO model of personality structure. *Personality and Social Psychology Review: An*

- Official Journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc, 11(2), 150–166. <https://doi.org/10.1177/1088868306294907>
- Ashton, M. C., & Lee, K. (2010). On the cross-language replicability of personality factors. *Journal of Research in Personality*, 44, 436–441
- Ashton, M. C., Lee, K., de Vries, R. E., Hendrickse, J., & Born, M. P. (2012). The maladaptive personality traits of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in relation to the HEXACO personality factors and schizotypy/dissociation. *Journal of personality disorders*, 26(5), 641–659. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.5.641>
- Asparouhov, T., & Muthén, B. (2009). *Exploratory Structural Equation Modeling. Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 16(3), 397–438.  
doi:10.1080/10705510903008204
- Bach, B., & Sellbom, M. (2016). Continuity between DSM-5 Categorical Criteria and Traits Criteria for Borderline Personality Disorder. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 61(8), 489–494. <https://doi.org/10.1177/0706743716640756>
- Bach, B., Sellbom, M., & Simonsen, E. (2018). Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in Clinical Versus Nonclinical Individuals: Generalizability of Psychometric Features. *Assessment*, 25(7), 815–825. <https://doi.org/10.1177/1073191117709070>
- Bach, B., & Tracy, M. (2022). Clinical utility of the alternative model of personality disorders: A 10th year anniversary review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(4), 369–379. <https://doi.org/10.1037/per0000527>
- Bäckström, M., & Björklund, F. (2013). Social desirability in personality inventories: symptoms, diagnosis and prescribed cure. *Scandinavian journal of psychology*, 54(2), 152–159.  
<https://doi.org/10.1111/sjop.12015>

- Bagby, R. M., Marshall, M. B., & Georgiades, S. (2005). Dimensional personality traits and the prediction of DSM-IV personality disorder symptom counts in a nonclinical sample. *Journal of personality disorders, 19*(1), 53–67. <https://doi.org/10.1521/pedi.19.1.53.62180>
- Bahlmann, B. (2008). SME-Subject Matter Expert. Birds-Eye. Net. Retrieved from <http://www.birds-eye.net/definition/acronym/?id=1155485406>
- Ball, S. A., Tennen, H., Poling, J. C., Kranzler, H. R., & Rounsaville, B. J. (1997). Personality, temperament, and character dimensions and the DSM-IV personality disorders in substance abusers. *Journal of abnormal psychology, 106*(4), 545–553. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.106.4.545>
- Balling, C., South, S. C., Lynam, D., & Samuel, D. B. (2021, December 28). Clinician Perception of the Utility of the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) System. Retrieved from [osf.io/n34wp](https://osf.io/n34wp)
- Bandura, A. (1968). A social learning interpretation of psychological dysfunctions. In P. London & D. L. Rosenhan (Eds.), *Foundations of abnormal psychology*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Barash, A., Frances, A., Hurt, S. W., Clark, J. F., & Cohen, S. (1985). Stability and distinctness of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 12*, 1484-1486.
- Barchi-Ferreira Bel, A. M., & Osório, F. L. (2020). The Personality Inventory for DSM-5: Psychometric Evidence of Validity and Reliability-Updates. *Harvard review of psychiatry, 28*(4), 225–237. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000261>
- Bastiaens, T., Claes, L., Smits, D., De Clercq, B., De Fruyt, F., Rossi, G., Vanwalleghem, D., Vermote, R., Lowyck, B., Claes, S., & De Hert, M. (2016). The Construct Validity of the

- Dutch Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders (PID-5) in a Clinical Sample. *Assessment*, 23(1), 42–51. <https://doi.org/10.1177/1073191115575069>
- Bastiaens, T., Smits, D., De Hert, M., Thys, E., Bryon, H., Smeets, K., Teugels, T., Van Looy, J., Verwerft, T., Vanwalleghem, D., Van Bouwel, L., & Claes, L. (2019). The Relationship Between the Personality Inventory for the DSM-5 (PID-5) and the Psychotic Disorder in a Clinical Sample. *Assessment*, 26(2), 315–323. <https://doi.org/10.1177/1073191117693922>
- Beckwith, H., Moran, P. F., & Reilly, J. (2014). Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review. *Personality and mental health*, 8(2), 91–101. <https://doi.org/10.1002/pmh.1252>
- Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. *Journal of personality assessment*, 93(4), 332–346. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.583808>
- Bentall RP, Claridge GS, Slade PD. The multidimensional nature of schizotypal traits: a factor analytic study with normal subjects. *Br J Clin Psychol* 1989;28:363-75.
- Bergner, R.M. (1997), What Is Psychopathology? And So What?. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4: 235-248. doi:[10.1111/j.1468-2850.1997.tb00112.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00112.x)
- Berrios, G.E. (1984). Descriptive Psychopathology: Conceptual and historical aspects. *Psychol Med* 14:303–13.
- Berrios, G. (1996). *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century*. Cambridge: Cambridge University Press.  
doi:10.1017/CBO9780511526725

- Berry, J. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46 (1), 5 – 68.
- Bilder, R. M. (2015). Dimensional and Categorical Approaches to Mental Illness: Let Biology Decide. *Re-Visioning Psychiatry*, 179–205. doi:10.1017/cbo9781139424745.011
- Blankenburg W. Unausgeschöpftes in der Psychopathologie von Karl Jaspers. In: Hersch J, Lochman JM, Wiehl R, eds. *Karl Jaspers: Philosoph, Arzt, politischer Denker*. Munich, Germany; Zürich, Switzerland: Piper; 1986:143.
- Blashfield, R. K., & McElroy, R. A. (1995). Confusions in the terminology used for classificatory models. In *The DSM-IV Personality Disorders*, ed. WJ Livesley, pp. 407–16. New York: Guilford
- Blashfield, R. K., & Draguns, J. G. (1976). Toward a taxonomy of psychopathology: the purpose of psychiatric classification. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 129, 574–583. <https://doi.org/10.1192/bjp.129.6.574>
- Blashfield, R. K., Keeley, J. W., Flanagan, E. H., & Miles, S. R. (2014). The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. *Annual review of clinical psychology*, 10, 25–51. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153639>
- Blashfield, R. K., & Haymaker, D. (1988). A prototype analysis of the diagnostic criteria for DSM-III-R personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 2, 272-280.
- Bo, S., Bach, B., Mortensen, E. L., & Simonsen, E. (2016). Reliability and Hierarchical Structure of DSM-5 Pathological Traits in a Danish Mixed Sample. *Journal of Personality Disorders*, 30(1), 112–129. doi:10.1521/pedi\_2015\_29\_187



- Bolton P. (2001). Cross-cultural validity and reliability testing of a standard psychiatric assessment instrument without a gold standard. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(4), 238–242. <https://doi.org/10.1097/00005053-200104000-00005>
- Booth, T., & Hughes, D. J. (2014). Exploratory structural equation modeling of personality data. *Assessment*, 21(3), 260–271. <https://doi.org/10.1177/1073191114528029>
- Borkeneau, P., & Ostendorf, F. (1990). Comparing exploratory and confirmatory factor analysis: A study on the 5-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 11, 515–524.
- Bornstein, R. F. (1992). The dependent personality: Developmental, social, and clinical perspectives. *Psychological Bulletin*, 112(1), 3–23. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.3>
- Borsa, J.C., Damásio, B.F., & Bandeira, D.R. (2013). Cross-Cultural Adaptation and Validation of Psychological Instruments: Some Considerations1.
- Bourque, F., van der Ven, E., & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*, 41, 897–910. doi:10.1017/ S0033291710001406
- Boyette, L. L., Korver-Nieberg, N., Verweij, K., Meijer, C., Dingemans, P., Cahn, W., de Haan, L., & GROUP (2013). Associations between the Five-Factor Model personality traits and psychotic experiences in patients with psychotic disorders, their siblings and controls. *Psychiatry research*, 210(2), 491–497. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.06.040>
- Brannick, M. T. (1995). Critical comments on applying covariance structure modeling. *Journal of Organizational Behavior*, 16, 201-213.

- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759–775. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>
- Bridley, A., & Daffin, L. W. Jr. (2018). Understanding Abnormal Behavior. In C. Cuttler (Ed), *Essentials of Abnormal Psychology*. Washington State University. Retrieved from <https://opentext.wsu.edu/abnormalpsychology/>.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2005). Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the Diagnostic and statistical manual of mental disorders and beyond: Comment on the special section. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 551–556. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.551>
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological assessment*, 21(3), 256–271. <https://doi.org/10.1037/a0016608>
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of abnormal psychology*, 110(4), 585–599. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.110.4.585>
- Brown, C., & Templin, J. (2022). Modification Indices for Diagnostic Classification Models. *Multivariate behavioral research*, 1–18. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/00273171.2022.2049672>
- Bruner, J. S. (1965). The growth of mind. *American Psychologist*, 20(12), 1007–1017. <https://doi.org/10.1037/h0023276>

- Buss, D. M., Haselton, M. G., Shackelford, T. K., Bleske, A. L., & Wakefield, J. C. (1998). Adaptations, exaptations, and spandrels. *The American psychologist*, 53(5), 533–548. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.53.5.533>
- Butcher, J. N., Nock, M., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2017). *Abnormal Psychology / Jill M. Hooley, James N. Butcher, Matthew K. Nock, Susan Mineka* (Seventeenth edition. Global edition). Pearson.
- Cabrera-Nguyen, P. (2010). Author Guidelines for Reporting Scale Development and Validation Results in the *Journal of the Society for Social Work and Research*. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 1(2), 99–103. <https://doi.org/10.5243/jsswr.2010.8>
- Carmines, E. G., & Zeller, R. A. (1979). *Reliability and validity assessment*. SAGE Publications, Inc., <https://doi.org/10.4135/9781412985642>
- Carragher, N., Krueger, R. F., Eaton, N. R., & Slade, T. (2015). Disorders without borders: current and future directions in the meta-structure of mental disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(3), 339–350. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-1004-z>
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2014). The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clinical psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 2(2), 119–137. <https://doi.org/10.1177/2167702613497473>
- Cattell, R.B. (1965). *The scientific basis of personality*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Cavicchioli, M., Ramella, P., Movalli, M., Prudenziati, F., Vassena, G., Simone, G. et al (2020). DSM-5 maladaptive personality domains among treatment-seeking individuals with

- alcohol use disorder: The role of disinhibition and negative affectivity. *Substance Use & Misuse*, 55, 1746–1758
- Cawley, R. H. (1983). Psychiatric diagnosis: What we need. *Psychiatric Annals*, 13(10), 772–782. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19831001-04>
- Cervone, D. & Mischel, W. (2002). Personality science. In D. Cervone & W. Mischel (Eds.) *Advances in personality science* (pp.1–26). New York: Guilford.
- Chen, F. F. (2007). Sensitivity of Goodness of Fit Indexes to Lack of Measurement Invariance. *Structural Equation Modeling*, 14(3), 464-504.
- Cheung, F. M. (2009). The cultural perspective in personality assessment. In J. N. Butcher (Ed.), *Oxford handbook of personality assessment* (pp. 44–56). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195366877.013.0003>
- Cheung, F. M., van de Vijver, F. J., & Leong, F. T. (2011). Toward a new approach to the study of personality in culture. *American Psychologist*, 66, 593.
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (1999). Testing factorial invariance across groups: A reconceptualization and proposed new method. *Journal of Management*, 25(1), 1–27. <https://doi.org/10.1177/014920639902500101>
- Chmielewski, M., Bagby, R. M., Markon, K., Ring, A. J., & Ryder, A. G. (2014). Openness to experience, intellect, schizotypal personality disorder, and psychoticism: resolving the controversy. *Journal of personality disorders*, 28(4), 483–499. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2014\\_28\\_128](https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_128)
- Church, A. T., & Burke, P. J. (1994). Exploratory and confirmatory tests of the Big Five and Tellegen's three-and four-dimensional models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 93–114.

- Clark, L. A. (1992). *Manual for the Schedule for Normal and Abnormal Personality*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Clark, L. A. (2005). Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 505–521. doi:10.1037/0021-843X.114.4.505
- Clark L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual review of psychology*, 58, 227–257.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190200>
- Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow, W. E., & Reed, G. M. (2017). Three Approaches to Understanding and Classifying Mental Disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health’s Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological Science in the Public Interest*, 18(2), 72–145. <https://doi.org/10.1177/1529100617727266>
- Clark LA, Livesley WJ, Schroeder ML, Irish S. 1996. The structure of maladaptive personality traits: convergent validity between two systems. *Psychol. Assess.* 8:294–303
- Clark, L. A., Livesley, W. J., & Morey, L. (1997). Personality disorder assessment: the challenge of construct validity. *Journal of personality disorders*, 11(3), 205–231.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.1997.11.3.205>
- Clark, L. A., & Livesley, W. J. (2002). Two approaches to identifying the dimensions of personality disorder: Convergence on the five-factor model. In P. T. Costa, Jr. & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp. 161–176). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10423-010>
- Clark, L. A., Vanderbleek, E. N., Shapiro, J. L., Nuzum, H., Allen, X., Daly, E., Kingsbury, T. J., Oiler, M., & Ro, E. (2015). The Brave New World of Personality Disorder-Trait

- Specified: Effects of Additional Definitions on Coverage, Prevalence, and Comorbidity. *Psychopathology review*, 2(1), 52–82. <https://doi.org/10.5127/pr.036314>
- Clark LA, Watson D, Reynolds S (1995): Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annu Rev Psychol.* 46: 121–153.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of abnormal psychology*, 100(3), 316–336. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.100.3.316>
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309–319. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.309>
- Clark, L. A., & Watson, D. (1999). Temperament: A new paradigm for trait psychology. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 399–423). New York, NY: Guilford Press.
- Clark, L. A., & Watson, D. (2022). The trait model of the *DSM–5* alternative model of personality disorder (AMPD): A structural review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(4), 328–336. <https://doi.org/10.1037/per0000568>
- Clarkin, J. F., Widiger, T. A., Frances, A., Hurt, S. W., & Gilmore, M. (1983). Prototypic typology and the Borderline Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 92(3), 263–275. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.92.3.263>
- Cloninger, C. R. (Ed.). (1999). *Personality and psychopathology*. American Psychiatric Association.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.

- Coccaro, E. F., Nayer, H., & McCloskey, M. S. (2012). Personality disorder--not otherwise specified evidence of validity and consideration for DSM-5. *Comprehensive psychiatry*, 53(7), 907–914. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.03.007>
- Coelho, O., Pires, R., Ferreira, A. S., Gonçalves, B., AlJassmi, M., & Stocker, J. (2020). Arabic Version of the Personality Inventory for the DSM-5 (PID-5) in a Community Sample of United Arab Emirates Nationals. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, 16, 180–188. <https://doi.org/10.2174/1745017902016010180>
- Cohen, R., & Swerdlik, M. (2009). *Psychological Testing and Assessment: An Introduction to Tests and Measurement* (7th ed.). New York: McGraw Hill.
- Cole, D. A., Ciesla, J. A., & Steiger, J. H. (2007). The insidious effects of failing to include design-driven correlated residuals in latent-variable covariance structure analysis. *Psychological Methods*, 12(4), 381–398. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.12.4.381>
- Compton, W. M., & Guze, S. B. (1995). The neo-Kraepelinian revolution in psychiatric diagnosis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 245(4-5), 196–201. <https://doi.org/10.1007/BF02191797>
- Conway, C. C., Clark, L. A., & Krueger, R. F. (2019). Contemporary Psychopathology Diagnosis. *The Cambridge Handbook of Clinical Assessment and Diagnosis*, 49–62. doi:10.1017/9781108235433.005
- Conway, C. C., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Fried, E. I., Hallquist, M. N., Kotov, R., Mullins-Sweatt, S. N., Shackman, A. J., Skodol, A. E., South, S. C., Sunderland, M., Waszczuk, M. A., Zald, D. H., Afzali, M. H., Bornovalova, M. A., Carragher, N., Docherty, A. R., Jonas, K. G., Krueger, R. F., ... Eaton, N. R. (2019). A Hierarchical Taxonomy of

- Psychopathology Can Transform Mental Health Research. *Perspectives on Psychological Science*, 14(3), 419–436. <https://doi.org/10.1177/1745691618810696>
- Coolidge, F. L., & Segal, D. L. (1998). Evolution of personality disorder diagnosis in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Clinical psychology review*, 18(5), 585–599. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(98\)00002-6](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(98)00002-6)
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98–104. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.78.1.98>
- Cortina, J. M. (2002). Big Things Have Small Beginnings: An Assortment of “Minor” Methodological Misunderstandings. *Journal of Management*, 28(3), 339–362. <https://doi.org/10.1177/014920630202800305>
- Costa PT, & McCrae RR (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13, 653–656
- Costa, P. T., Jr, & McCrae, R. R. (1995). Domains and facets: hierarchical personality assessment using the revised NEO personality inventory. *Journal of personality assessment*, 64(1), 21–50. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6401\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6401_2)
- Costa, P. T., Jr, McCrae, R. R., & Löckenhoff, C. E. (2019). Personality Across the Life Span. *Annual review of psychology*, 70, 423–448. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-103244>
- Costa, P. T., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: robust and surprising findings. *Journal of personality and social psychology*, 81(2), 322–331. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.2.322>



- Costa, P. T. & Widiger, T. A. (1994). *Personality Disorders and the Five Factor Model of Personality*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Costello, C. G. (1980). Childhood depression: Three basic but questionable assumptions in the Lefkowitz, M. M., & Burton, N. (1978). Childhood depression: A critique of the concept. *Psychological Bulletin*, 85, 716–726.
- Crawford, M. J., Koldobsky, N., Mulder, R., & Tyrer, P. (2011). Classifying personality disorder according to severity. *Journal of Personality Disorders*, 25(3), 321–330.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.3.321>
- Crawford, T. N., Cohen, P., First, M. B., Skodol, A. E., Johnson, J. G., & Kasen, S. (2008). Comorbid Axis I and Axis II disorders in early adolescence: outcomes 20 years later. *Archives of general psychiatry*, 65(6), 641–648.<https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.6.641>
- Crego, C., Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2018). FFMPD scales: Comparisons with the FFM, PID-5, and CAT-PD-SF. *Psychological assessment*, 30(1), 62–73.  
<https://doi.org/10.1037/pas0000495>
- Crego, C., & Widiger, T. A. (2017). The Conceptualization and Assessment of Schizotypal Traits: A Comparison of the FFSI and PID-5. *Journal of personality disorders*, 31(5), 606–623. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2016\\_30\\_270](https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_270)
- Crego C., Sleep C. E., Widiger T. A. (2016). Clinicians' judgments of the clinical utility of personality disorder trait descriptions. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(1), 49-56. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000424>
- Crego, C., Gore, W. L., Rojas, S. L., & Widiger, T. A. (2015). The discriminant (and convergent) validity of the Personality Inventory for DSM–5. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 321–335. <https://doi.org/10.1037/per0000118>

- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (2nd ed.). Sage Publications, Inc.
- Creswell, K. G., Bachrach, R. L., Wright, A. G. C., Pinto, A. & Ansell, E. (2016). Predicting problematic alcohol use with the DSM–5 alternative model of personality pathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7, 103–111.
- Cronbach, L. J. (1946). Response Sets and Test Validity. *Educational and Psychological Measurement*, 6(4), 475–494. <https://doi.org/10.1177/001316444600600405>
- Cronbach, L. J. (1950). Further Evidence on Response Sets and Test Design. *Educational and Psychological Measurement*, 10(1), 3–31. <https://doi.org/10.1177/001316445001000101>
- Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52(4), 281–302. <https://doi.org/10.1037/h0040957>
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 16, 297–334 <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Crowe ML, Lynam DR, Campbell WK, Miller JD. Exploring the structure of narcissism: Toward an integrated solution. *J Pers*. 2019 Dec;87(6):1151-1169. doi: 10.1111/jopy.12464. Epub 2019 Feb 22. PMID: 30742713.
- Cuthbert B. N. (2014). The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13(1), 28–35. <https://doi.org/10.1002/wps.20087>
- Cuthbert, B. N., & Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC medicine*, 11, 126. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-126>
- Dammann E. J. (1997). "The myth of mental illness:" continuing controversies and their

- implications for mental health professionals. *Clinical psychology review*, 17(7), 733–756.  
[https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(97\)00030-5](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(97)00030-5)
- Daouk-Öyry, Lina & Zeinoun, Pia. (2017). Testing Across Cultures: Translation, Adaptation and Indigenous Test Development: Critical Perspectives. 10.1002/9781119183020.ch16.
- Davis, R. D., & Millon, T. (1993). The Five-Factor Model for Personality Disorders: Apt or Misguided? *Psychological Inquiry*, 4(2), 104–109. <http://www.jstor.org/stable/1448837>
- Davison, G.C. & Neale, J.M. (1998). *Abnormal Psychology* (7th ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- De Fruyt, F., De Clercq, B., De Bolle, M., Willie, B., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2013). General and maladaptive traits in a five-factor framework for DSM-5 in a university student sample. *Assessment*, 20, 295–307.
- Deary, I. J., Peter, A., Austin, E., & Gibson, G. (1998). Personality traits and personality disorders. *British journal of psychology (London, England: 1953)*, 89 (Pt 4), 647–661.  
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1998.tb02708.x>
- Decker, H. S. (2013). *The making of DSM-III®: A diagnostic manual's conquest of American psychiatry*. Oxford University Press.
- Decuyper, M., De Pauw, S., De Fruyt, F., De Bolle, M., & De Clercq, B. J. (2009). A meta-analysis of psychopathy-, antisocial PD-and FFM associations. *European Journal of Personality*, 23, 531-565.
- Dere, J., Watters, C. A., Yu, S. C.-M., Bagby, R. M., Ryder, A. G., & Harkness, K. L. (2015). Cross-cultural examination of measurement invariance of the Beck Depression Inventory–II. *Psychological Assessment*, 27(1), 68–81.  
<https://doi.org/10.1037/pas0000026>

- Derringer, J., Krueger, R. F., Dick, D. M., Aliev, F., Grucza, R. A., Saccone, S., Agrawal, A., Edenberg, H. J., Goate, A. M., Hesselbrock, V. M., Kramer, J. R., Lin, P., Neuman, R. J., Nurnberger, J. I., Jr, Rice, J. P., Tischfield, J. A., GENEVA consortium, & Bierut, L. J. (2012). The aggregate effect of dopamine genes on dependence symptoms among cocaine users: cross-validation of a candidate system scoring approach. *Behavior genetics*, 42(4), 626–635. <https://doi.org/10.1007/s10519-012-9531-4>
- DeVellis, R. F. (2003). *Scale development: Theory and applications*, 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- DeYoung, C. G., Carey, B. E., Krueger, R. F., & Ross, S. R. (2016). Ten aspects of the Big Five in the Personality Inventory for DSM-5. *Personality disorders*, 7(2), 113–123. <https://doi.org/10.1037/per0000170>
- Gore, W. L., & Widiger, T. A. (2013). The DSM-5 dimensional trait model and five-factor models of general personality. *Journal of abnormal psychology*, 122(3), 816–821. <https://doi.org/10.1037/a0032822>
- Dhillon, S., & Bagby, R. M. (2015). The internal and one-week retest reliability of the PID – 5 domains and facets. Unpublished manuscript. Department of Psychology, University of Toronto Scarborough, Toronto, Canada.
- Dimitrov D. M. (2006). Comparing groups on latent variables: a structural equation modeling approach. *Work (Reading, Mass.)*, 26(4), 429–436.
- Di Nardo, P., Moras, K., Barlow, D. H., Rapee, R. M., & Brown, T. A. (1993). Reliability of DSM-III-R anxiety disorder categories. Using the Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R). *Archives of general psychiatry*, 50(4), 251–256. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820160009001>

- Diggle, J., 2004, *Theophrastus. Characters* (Cambridge Classical Texts and Commentaries 43), Cambridge: Cambridge University Press.
- Domino, G., & Domino, M. L. (Eds.). (2006). *Psychological testing: An introduction*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511813757>
- Donnellan, M. B., & Robins, R. W. (2009). The development of personality across the lifespan. In P. J. Corr & G. Matthews (Eds.), *The Cambridge handbook of personality psychology* (pp. 191–204). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511596544.015>
- Donner, A., & Eliasziw, M. (1994). Statistical implications of the choice between a dichotomous or continuous trait in studies of interobserver agreement. *Biometrics*, 50(2), 550–555.
- Drost, E.A. (2011) Validity and Reliability in Social Science Research. *Education Research and Perspectives*, 38, 105- 123.
- Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunsten, V. (2014). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105(3), 399–412. <https://doi.org/10.1111/bjop.12046>.
- Durrant, R., & Ellis, R. (2003). Evolutionary psychology. In M. Gallagher, R. J. Nelson, & I. J. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology. Biological psychology* (Vol. 3, pp. 133). New York: John Wiley.
- Eckblad, M.L., Chapman, L.J., Chapman, J.P., & Mishlove, M. (1982). In Mishlove, M., & Chapman, L.J., *Journal of Abnormal Psychology*, 1985, 94, 384-396.
- Ekselius L. (2018). Personality disorder: a disease in disguise. *Upsala journal of medical sciences*, 123(4), 194–204. <https://doi.org/10.1080/03009734.2018.1526235>

- Elmer, G. I., Brown, P. L., & Shepard, P. D. (2016). Engaging Research Domain Criteria (RDoC): Neurocircuitry in Search of Meaning. *Schizophrenia bulletin*, 42(5), 1090–1095. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw096>
- Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of personality*. Kegan Paul.
- Eysenck, H. J. (1970). A dimensional system of psychodiagnostics. In A. R. Mahrer (Ed.), *New approaches to personality classification* (pp. 169–207). New York: Columbia University Press.
- Eysenck, H.J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas.
- Fajardo, J. (2010). Maximizing the Effectiveness of the Subject Matter Expert. StickyMinds.com. Retrieved from <http://www.stickyminds.com/sitewide.asp?ObjectId=7095&Function=edetail&ObjectType=ART>
- Fan, X., & Sivo, S. A. (2009). Using  $\Delta$ goodness-of-fit indexes in assessing mean structure invariance. *Structural Equation Modeling*, 16(1), 54–69. <https://doi.org/10.1080/10705510802561311>
- Fan, J., Upadhye, S., & Worster, A. (2006). Understanding receiver operating characteristic (ROC) curves. *CJEM*, 8(1), 19–20. <https://doi.org/10.1017/s1481803500013336>
- Fang S, Ouyang Z, Zhang P, He J, Fan L, Luo X, Zhang J, Xiong Y, Luo F, Wang X, Yao S and Wang X (2021). Personality Inventory for DSM-5 in China: Evaluation of DSM-5 and ICD-11 Trait Structure and Continuity With Personality Disorder Types. *Front. Psychiatry* 12:635214. doi: 10.3389/fpsy.2021.635214
- Feingold A. (1994). Gender differences in personality: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 116(3), 429–456. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.3.429>

- First M. B. (2005). Clinical utility: a prerequisite for the adoption of a dimensional approach in DSM. *Journal of abnormal psychology, 114*(4), 560–564. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.560>
- First, M. B., & Pincus, H. A. (2002). The DSM-IV Text Revision: Rationale and Potential Impact on Clinical Practice. *Psychiatric Services, 53*(3), 288–292.  
doi:10.1176/appi.ps.53.3.288
- Fluyau D. (2018). Integrating DSM/ICD, Research Domain Criteria, and Descriptive Psychopathology in Teaching and Practice of Psychiatry. *Frontiers in psychiatry, 9*, 484. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00484>
- Fok, M. L., Hayes, R. D., Chang, C. K., Stewart, R., Callard, F. J., & Moran, P. (2012). Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *Journal of psychosomatic research, 73*(2), 104–107. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.05.001>
- Follette, W. C., & Houts, A. C. (1996). Models of scientific progress and the role of theory in taxonomy development: A case study of the DSM.. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1120–1132. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1120>McLemore & Benjamin, 1979
- Fossati, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., & Maffei, C. (2013). Reliability and validity of the personality inventory for DSM-5 (PID-5): predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults. *Assessment, 20*(6), 689–708. <https://doi.org/10.1177/1073191113504984>
- Fowler, J. C., Madan, A., Allen, J. G., Oldham, J. M., & Frueh, B. C. (2019). Differentiating bipolar disorder from borderline personality disorder: Diagnostic accuracy of the

- difficulty in emotion regulation scale and personality inventory for DSM-5. *Journal of affective disorders*, 245, 856–860. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.079>
- Fowler, J. C., Patriquin, M. A., Madan, A., Allen, J. G., Frueh, B. C., & Oldham, J. M. (2017). Incremental validity of the PID-5 in relation to the five-factor model and traditional polythetic personality criteria of the DSM-5. *International journal of methods in psychiatric research*, 26(2), e1526. <https://doi.org/10.1002/mpr.1526>
- Frances, A. (2012). DSM-5 in distress [Blog post]. Retrieved from [www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress](http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress)
- Frances, A. (1980). The DSM-III personality disorders section: A commentary. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1050-1054.
- Frick, P. J., Ray, J. V., Thornton, L. C., & Kahn, R. E. (2014). Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review. *Psychological bulletin*, 140(1), 1–57. <https://doi.org/10.1037/a0033076>
- Gangestad, S., & Snyder, M. (1985). "To carve nature at its joints": On the existence of discrete classes in personality. *Psychological Review*, 92(3), 317–349. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.92.3.317>
- Garcia, D. J., Skadberg, R. M., Schmidt, M., Bierma, S., Shorter, R. L., & Waugh, M. H. (2018). It's not that Difficult: An Interrater Reliability Study of the DSM-5 Section III Alternative Model for Personality Disorders. *Journal of personality assessment*, 100(6), 612–620. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1428982>
- Gavin T.L. Brown, Lois R. Harris, Chrissie O'Quin & Kenneth E. Lane (2017) Using multi-group confirmatory factor analysis to evaluate cross-cultural research: identifying and



- understanding non-invariance, *International Journal of Research & Method in Education*, 40:1, 66-90, DOI: [10.1080/1743727X.2015.1070823](https://doi.org/10.1080/1743727X.2015.1070823)
- Geiser, C., Burns, G. L., & Servera, M. (2014). Testing for measurement invariance and latent mean differences across methods: interesting incremental information from multitrait-multimethod studies. *Frontiers in psychology*, 5, 1216.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01216>
- Gillham, B. (2008). *Developing a Questionnaire*. A & C Black
- Glatzel J. *Allgemeine Psychopathologie*. Stuttgart, Germany: Enke; 1978
- Gleason, M. E., Weinstein, Y., Balsis, S., & Oltmanns, T. F. (2014). The enduring impact of maladaptive personality traits on relationship quality and health in later life. *Journal of personality*, 82(6), 493–501. <https://doi.org/10.1111/jopy.12068>
- Gogoi, Debajit. (2017). Fundamental concepts of phenomenology and descriptive psychopathology. *Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences*. 8. 11. 10.5958/2394-2061.2016.00039.2.
- Goldberg, L. R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48, 26-34.
- Goldberg, L. R. (2006). Doing it all Bass-Ackwards: The development of hierarchical factor structures from the top down. *Journal of Research in Personality*, 40, 347–358.
- Gomes, C. M. A., & Gjikuria, E. (2017). Comparing the ESEM and CFA approaches to analyze the Big Five factors. *Avaliação Psicológica*, 16(3), 261–267.  
<https://doi.org/10.15689/ap.2017.1603.12118>

- Gomez, R., Watson, S., Brown, T., & Stavropoulos, V. (2023). Personality inventory for DSM-5-Brief Form (PID-5-BF): Measurement invariance across men and women. *Personality disorders, 14*(3), 334–338. <https://doi.org/10.1037/per0000569>
- Gore, W. L., & Widiger, T. A. (2013). The DSM-5 dimensional trait model and five-factor models of general personality. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(3), 816–821. <https://doi.org/10.1037/a0032822>
- Grayson D. A. (1987). Can categorical and dimensional views of psychiatric illness be distinguished?. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 151*, 355–361. <https://doi.org/10.1192/bjp.151.3.355>
- Griffin, M. A., Neal, A., & Neale, M. (2000). The contribution of task performance and contextual performance to effectiveness: Investigating the role of situational constraints. *Applied Psychology: An International Review, 49*(3), 517–533. <https://doi.org/10.1111/1464-0597.00029>
- Griffin, S. A., & Samuel, D. B. (2014). A closer look at the lower-order structure of the Personality Inventory for DSM-5: Comparison with the Five-Factor Model. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 5*(4), 406–412. <https://doi.org/10.1037/per0000074>
- Gunderson JG. 1988. Personality disorders. In *The New Harvard Guide to Psychiatry*, ed. AM Nicholi, pp. 337–57. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press
- Gutiérrez, F., Aluja, A., Peri, J. M., Calvo, N., Ferrer, M., Baillés, E., Gutiérrez-Zotes, J. A., Gárriz, M., Caseras, X., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2017). Psychometric Properties of the Spanish PID-5 in a Clinical and a Community Sample. *Assessment, 24*(3), 326–336. <https://doi.org/10.1177/1073191115606518>

- Guttman, L. (1954). An outline of some new methodology for social research. *Public Opinion Quarterly*, 18, 395–404.
- Guttman, L. (1965). Introduction to facet design and analysis. In *Proceedings of the 15th international congress of psychology*, Amsterdam.
- Haefffel, G. J., Jeronimus, B. F., Kaiser, B. N., Weaver, L. J., Soyster, P. D., Fisher, A. J., Vargas, I., Goodson, J. T., & Lu, W. (2021). Folk Classification and Factor Rotations: Whales, Sharks, and the Problems With the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *Clinical Psychological Science*. <https://doi.org/10.1177/21677026211002500>
- Häfner H. (2015). Descriptive psychopathology, phenomenology, and the legacy of Karl Jaspers. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(1), 19–29.  
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.1/hhaefner>
- Hall, B. H. (Ed.). (1959). *A psychiatrist's world: The selected papers of Karl Menninger, M.D.* Viking
- Hambleton, R. K., & Patsula, L. (1998). Adapting Tests for Use in Multiple Languages and Cultures. *Social Indicators Research*, 45(1/3), 151–171.  
<http://www.jstor.org/stable/27522340>
- Hamby, T., & Levine, D. S. (2016). Response-Scale Formats and Psychological Distances Between Categories. *Applied Psychological Measurement*, 40(1), 73–75.  
<https://doi.org/10.1177/0146621615597961>
- Hare RD, Cooke DJ, Hart SD. 1999. Psychopathy and sadistic personality disorder. In Oxford Textbook of Psychopathology, ed. T Millon, PH Blaney, RD Davis, pp. 555–84. New York: Oxford Univ. Press

- Hare RD, Neumann CS. Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annu Rev Clin Psychol.* 2008;4:217-46. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091452. PMID: 18370617.
- Harkness, A. R., & McNulty, J. L. (1994). The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Issues from the pages of a diagnostic manual instead of a dictionary. In S. Strack & M. Lorr (Eds.), *Differentiating normal and abnormal personality* (pp. 291–315). Springer Publishing Company.
- Haslam, N. (2003). Categorical Versus Dimensional Models of Mental Disorder: The Taxometric Evidence. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(6), 696–704. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2003.01258.x>
- Haug H-J. Untersuchungsgang. In: Gaebel W, Müller-Spahn F, eds. Diagnostik und Therapie Psychischer Störungen. Stuttgart, Germany: Kohlhammer; 2002:729-764
- Hayduk, L. A. (1990). Should model modifications be oriented toward improving data fit or encouraging creative and analytical thinking? *Multivariate Behavioral Research*, 25(2), 193–196.
- Hayes, A. F., & Coutts, J. J. (2020). Use omega rather than Cronbach's alpha for estimating reliability. But.... *Communication Methods and Measures*, 14(1), 1–24. <https://doi.org/10.1080/19312458.2020.1718629>
- Haynes, S. N., Richard, D. C. S., & Kubany, E. S. (1995). Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. *Psychological Assessment*, 7(3), 238–247. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.238>
- Heath, L. M., Drvaric, L., Hendershot, C. S., Quilty, L. C., & Bagby, R. M. (2018). "Normative and maladaptive personality trait models of mood, psychotic, and substance use

- disorders": Correction. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 40(4), 614. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9693-3>
- Heene, M., Hilbert, S., Draxler, C., Ziegler, M., & Bühner, M. (2011). Masking misfit in confirmatory factor analysis by increasing unique variances: A cautionary note on the usefulness of cutoff values of fit indices. *Psychological Methods*, 16, 319–336.
- Helle, A. C., Trull, T. J., Widiger, T. A., & Mullins-Sweatt, S. N. (2017). Utilizing interview and self-report assessment of the Five-Factor Model to examine convergence with the alternative model for personality disorders. *Personality disorders*, 8(3), 247–254. <https://doi.org/10.1037/per0000174>
- Helzer, J. E., Kraemer, H. C., & Krueger, R. F. (2006). The feasibility and need for dimensional psychiatric diagnoses. *Psychological medicine*, 36(12), 1671–1680. <https://doi.org/10.1017/S003329170600821X>
- Helzer, J. E., Kraemer, H. C., Krueger, R. F., Wittchen, H.-U., Sirovatka, P. J., & Regier, D. A. (Eds.). (2008). *Dimensional approaches in diagnostic classification: Refining the research agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association.
- Hemmati, A., Mirghaed, S. R., Rahmani, F., & Komasi, S. (2019). The Differential Profile of Social Anxiety Disorder (SAD) and Avoidant Personality Disorder (APD) on the Basis of Criterion B of the DSM-5-AMPD in a College Sample. *The Malaysian journal of medical sciences : MJMS*, 26(5), 74–87. <https://doi.org/10.21315/mjms2019.26.5.7>
- Hempel, C. G. (1961). Introduction to problems of taxonomy. In J. Zubin (Ed.), *Field studies in the mental disorders* (pp. 3–22). New York: Grune & Stratton.

- Hengartner, M. P. (2015). The detrimental impact of maladaptive personality on public mental health: A challenge for psychiatric practice. *Frontiers in Psychiatry*, 6, Article 87.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2015.00087>
- Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., Wyss, C., Angst, J., & Rössler, W. (2016). Relationship between personality and psychopathology in a longitudinal community study: a test of the predisposition model. *Psychological medicine*, 46(8), 1693–1705.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291716000210>
- Higgins, P. A., & Straub, A. J. (2006). Understanding the error of our ways: mapping the concepts of validity and reliability. *Nursing outlook*, 54(1), 23–29.  
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2004.12.004>
- Hilbert, S., Bühner, M. (2020). Principal Components Analysis. In: Zeigler-Hill, V., Shackelford, T.K. (eds) *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer, Cham.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3\\_1340](https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_1340)
- Hilbig, B. E., Moshagen, M., Horsten, L. K., & Zettler, I. (2021). Agreeableness is dead. Long live Agreeableness? Reply to Vize and Lynam. *Journal of Research in Personality*, 91, Article 104074. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2021.104074>
- Hilbig, B. E., Thielmann, I., Klein, S. A., Moshagen, M., & Zettler, I. (2020). The dark core of personality and socially aversive psychopathology. *Journal of Personality*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jopy.12577>
- Hinkin, T. R. (1995). A Review of Scale Development Practices in the Study of Organizations. *Journal of Management*, 21(5), 967–988. <https://doi.org/10.1177/014920639502100509>
- Hoening, J. (1983). The concept of schizophrenia: Kraepelin-Bleuler-Schneider. *British Journal of Psychiatry*, 142, 547-556

- Hopwood, C. J., & Donnellan, M. B. (2010). How should the internal structure of personality inventories be evaluated? *Personality and Social Psychology Review*, 14(3), 332–346.  
<https://doi.org/10.1177/1088868310361240>
- Hopwood, C. J., Malone, J. C., Ansell, E. B., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., ... Morey, L. C. (2011). Personality Assessment in DSM-5: Empirical Support for Rating Severity, Style, and Traits. *Journal of Personality Disorders*, 25(3), 305–320.  
doi:10.1521/pedi.2011.25.3.305
- Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Markon, K. E., Wright, A. G. C., & Krueger, R. F. (2012). "DSM-5 personality traits and DSM–IV personality disorders": Correction to Hopwood et al. (2012). *Journal of Abnormal Psychology*, 121(2), 432.  
<https://doi.org/10.1037/a0028553>
- Horsten, L. K., Moshagen, M., Zettler, I., & Hilbig, B. E. (2021). Theoretical and empirical dissociations between the Dark Factor of Personality and low Honesty-Humility. *Journal of Research in Personality*, 95, 104154. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2021.104154>
- Howell, D. C. (2007). *Statistical Methods for Psychology* (6th ed.). Belmont, CA: Thomson Wadsworth.
- Huprich S. K. (2018). Moving beyond categories and dimensions in personality pathology assessment and diagnosis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 213(6), 685–689. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.149>
- Hyder, S. E., & Frances, A. (1985). Clinical implications of Axis I-Axis II interactions. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 345-351.

- Hyman, S. E. (1998). NIMH during the tenure of Director Steven E. Hyman, M.D. (1996-present): The now and future of NIMH. *American Journal of Psychiatry*, 155(Suppl.), 36-40.
- Hyman S. E. (2007). Can neuroscience be integrated into the DSM-V?. *Nature reviews. Neuroscience*, 8(9), 725–732. <https://doi.org/10.1038/nrn2218>
- Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155–179.  
doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532
- Jablensky A. (1999). The nature of psychiatric classification: issues beyond ICD-10 and DSM-IV. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 33(2), 137–144.  
<https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.1999.00535.x>
- Jang KL, Livesley WJ, Vernon PA. 1999. The relationship between Eysenck's P-E-N model of personality and traits delineating personality disorder. *Personal. Individ. Differ.* 26:121–28
- Jaspers K. *Wahrheit und Leben. Ausgewählte Schriften.* Zurich, Switzerland: Buchklub ex libris; 1965:9,15,331.
- Jensen-Campbell LA, Gleason KA, Adams R, Malcolm KT. Interpersonal conflict, agreeableness, and personality development. *J Pers.* 2003 Dec;71(6):1059-85. doi: 10.1111/1467-6494.7106007. PMID: 14633058.
- John, O. P., & Benet-Martínez, V. (2000). Measurement: Reliability, construct validation, and scale construction. In H. T. Reis & C. M. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 339–369). Cambridge University Press.



- Johns, L. C., & van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical psychology review*, 21(8), 1125–1141. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(01\)00103-9](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(01)00103-9)
- Johnson, J. G., First, M. B., Cohen, P., Skodol, A. E., Kasen, S., & Brook, J. S. (2005). Adverse outcomes associated with personality disorder not otherwise specified in a community sample. *The American journal of psychiatry*, 162(10), 1926–1932. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1926>
- Jopp, A. M., & South, S. C. (2015). Investigating the Personality Inventory for DSM-5 using self and spouse reports. *Journal of Personality Disorders*, 29(2), 193–214. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2014\\_28\\_153](https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_153)
- Kalkbrenner, M. T. (2023) Alpha, omega, and *H* internal consistency reliability estimates: Reviewing these options and when to use them. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 14(1), 77-88. <http://doi.org/10.1080/21501378.2021.1940118>
- Kaplan, D. (1989). Model modification in covariance structure analysis: Application of the expected parameter change statistics. *Multivariate Behavioral Research*, 24(3), 285–305.
- Karukivi, M., Vahlberg, T., Horjamo, K., Nevalainen, M., & Korkeila, J. (2017). Clinical importance of personality difficulties: diagnostically sub-threshold personality disorders. *BMC psychiatry*, 17(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1200-y>
- Kass, F., Skodol, A. E., Charles, E., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (1985). Scaled ratings of DSM-III personality disorders. *The American journal of psychiatry*, 142(5), 627–630. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.5.627>

- Keel, P. K., & Klump, K. L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin*, 129, 747–769.  
doi:10.1037/0033-2909.129.5.747
- Kelly, B. D., O'Callaghan, E., Waddington, J. L., Feeney, L., Browne, S., Scully, P. J., Clarke, M., Quinn, J. F., McTigue, O., Morgan, M. G., Kinsella, A., & Larkin, C. (2010). Schizophrenia and the city: A review of literature and prospective study of psychosis and urbanicity in Ireland. *Schizophrenia research*, 116(1), 75–89.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.10.015>
- Kemp, K. C., Kaczorowski, J. A., Burgin, C. J., Raulin, M. L., Lynam, D. R., Sleep, C., Miller, J. D., Barrantes-Vidal, N., & Kwapil, T. R. (2022). Association of Multidimensional Schizotypy with PID-5 Domains and Facets. *Journal of personality disorders*, 36(6), 680–700. <https://doi.org/10.1521/pepi.2022.36.6.680>
- Kendell, R. E. (1975). *The role of diagnosis in psychiatry*. London: Basil Blackwell.
- Kendler, K.S. (1990). Toward a scientific psychiatric nosology: Strengths and limitations. *Archives of General Psychiatry*, 47, 969–973.
- Kendler K. S. (2008). Explanatory models for psychiatric illness. *The American journal of psychiatry*, 165(6), 695–702. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07071061>
- Kendler KS, Ochs AL, Gorman AM, Hewitt JK, Ross DE, Mirsky AF. The structure of schizotypy: a pilot multitrait twin study. *Psychiatry Res* 1991;36:19-36.
- Kendler, K. S. (2019). From many to one to many—the search for causes of psychiatric illness. *JAMA Psychiatry*.
- Kendler, K. S., Myers, J., & Reichborn-Kjennerud, T. (2011). Borderline personality disorder traits and their relationship with dimensions of normative personality: A web-based

- cohort and twin study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(5), 349-359.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01653.x>
- Kenn Konstabel; Toivo Aavik; Jüri Allik (2006). *Social desirability and consensual validity of personality traits.* , 20(7), 549–566. doi:10.1002/per.593
- Kenrick, D.T. & Funder, D.C (1988). Profiting from controversy: Lessons from the person-situation debate. *American Psychologist*, 43, 23–34.
- Kernberg OF. 1984. *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, CT: Yale Univ. Press
- Kernberg, O. F. (2012). Overview and critique of the classification of personality disorders proposed for DSM-V. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 163(7), 234–238. <https://doi.org/10.4414/sanp.2012.00110>
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., . . . Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity study. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8–19. doi:10.1001/archpsyc.1994.0395001000800
- Kim, U., Triandis, H., Kağıtçıbaşı, C., Choi, S. C., & Yoon, G. (Eds.). (1994). *Individualism and collectivism: Theory, method, and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Klein, D. F. (1999). *Harmful dysfunction, disorder, disease, illness, and evolution*. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(3), 421–429. doi:10.1037/0021-843x.108.3.421
- Klein, D. N., Kotov, R., & Bufferd, S. J. (2011). Personality and depression: explanatory models and review of the evidence. *Annual review of clinical psychology*, 7, 269–295.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104540>
- Kline, P. (1993). *The handbook of psychological testing* (2nd ed.). Taylor & Frances/Routledge.

Kline, P. (2000). *Handbook of psychological testing* (2nd ed.). London, England: Routledge.

Google Scholar

Komasi, S., Jananeh, M., Mahdavi, S., Shademan, T., Vaysi, A., Shahlaee, M., Mirani, A., Chamandoust, Z., & Saeidi, M. (2023). The maladaptive domains according to the alternative model of personality disorders (AMPD) criterion B in patients with affective disorders and temperamental triads related to these domains: two unique profiles. *BMC psychology*, *11*(1), 83. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01122-5>

Konstabel, Kenn & Aavik, Toivo & Allik, Jüri. (2006). Social desirability and consensual validity of personality traits. *European Journal of Personality*. 20. 549 - 566.  
10.1002/per.593.

Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M.,...Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, *126*(4), 454–477. <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000258>

Kotov, R., Krueger, R. F., & Watson, D. (2018). A paradigm shift in psychiatric classification: the Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP). *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *17*(1), 24–25.  
<https://doi.org/10.1002/wps.20478>

Kraemer H. C. (2007). DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. *International journal of methods in psychiatric research*, *16 Suppl 1*(Suppl 1), S8–S15.  
<https://doi.org/10.1002/mpr.211>

- Kraemer, H. C., Noda, A., & O'Hara, R. (2004). Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: methodological challenges. *Journal of psychiatric research*, 38(1), 17–25.  
[https://doi.org/10.1016/s0022-3956\(03\)00097-9](https://doi.org/10.1016/s0022-3956(03)00097-9)
- Kraemer, H. C., Shrout, P. E., & Rubio-Stipec, M. (2007). Developing the diagnostic and statistical manual V: what will "statistical" mean in DSM-V?. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(4), 259–267. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0163-6>
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2014). *Abnormal psychology*.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological medicine*, 42(9), 1879–1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>
- Krueger, R., Derringer, J., Markon, K., Watson, D., Skodol, A. (2013). The personality inventory for DSM-5—brief form (PID-5-BF)—adult. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Krueger, R. F., & Eaton, N. R. (2010). Personality traits and the classification of mental disorders: Toward a more complete integration in DSM–5 and an empirical model of psychopathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(2), 97–118. <https://doi.org/10.1037/a0018990>
- Krueger, R. F., & Eaton, N. R. (2015). Transdiagnostic factors of mental disorders. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(1), 27–29.  
<https://doi.org/10.1002/wps.20175>
- Krueger, R. F., Eaton, N. R., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2011). Personality in DSM-5: helping delineate personality disorder content and framing the

metastructure. *Journal of personality assessment*, 93(4), 325–331.

<https://doi.org/10.1080/00223891.2011.577478>

Krueger, R. F., & Hobbs, K. A. (2020). An Overview of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders. *Psychopathology*, 53(3-4), 126–132.

<https://doi.org/10.1159/000508538>

Krueger, R. F., Hopwood, C. J., Wright, A. G., & Markon, K. E. (2014). DSM-5 and the path toward empirically based and clinically useful conceptualization of personality and psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), 245-261.

<http://dx.doi.org/10.1111/cpsp.12073>

Krueger, R.F., Kotov, R., Watson, D., Forbes, M.K., Eaton, N.R., Ruggero, C.J., Simms, L.J., Widiger, T.A., Achenbach, T.M., Bach, B., Bagby, R.M., Bornovalova, M.A., Carpenter, W.T., Chmielewski, M., Cicero, D.C., Clark, L.A., Conway, C., DeClercq, B., DeYoung, C.G., Docherty, A.R., Drislane, L.E., First, M.B., Forbush, K.T., Hallquist, M., Haltigan, J.D., Hopwood, C.J., Ivanova, M.Y., Jonas, K.G., Latzman, R.D., Markon, K.E., Miller, J.D., Morey, L.C., Mullins-Sweatt, S.N., Ormel, J., Patalay, P., Patrick, C.J., Pincus, A.L., Regier, D.A., Reininghaus, U., Rescorla, L.A., Samuel, D.B., Sellbom, M., Shackman, A.J., Skodol, A., Slade, T., South, S.C., Sunderland, M., Tackett, J.L., Venables, N.C., Waldman, I.D., Waszczuk, M.A., Waugh, M.H., Wright, A.G., Zald, D.H. and Zimmermann, J. (2018), Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry*, 17: 282-293. <https://doi.org/10.1002/wps.20566>

Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality

and psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, *10*, 477–501.

<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732>

Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., Benning, S. D., & Kramer, M. D. (2007). Linking antisocial behavior, substance use, and personality: an integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *Journal of abnormal psychology*, *116*(4), 645–666.

<https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.4.645>

Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., & Iacono, W. G. (2005). Externalizing psychopathology in adulthood: a dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V. *Journal of abnormal psychology*, *114*(4), 537–550.

<https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.537>

Krueger, R. F. & Piasecki, T. M. (2002). Toward a dimensional and psychometrically-informed approach to conceptualizing psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 485–499.

Krueger, R. F., Skodol, A. E., Livesley, W. J., Shrout, P. E., & Huang, Y. (2007). Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders: refining the research agenda for DSM-V Axis II. *International journal of methods in psychiatric research*, *16 Suppl 1*(Suppl 1), S65–S73. <https://doi.org/10.1002/mpr.212>

Krueger, R. F., & Tackett, J. L. (2003). Personality and psychopathology: working toward the bigger picture. *Journal of personality disorders*, *17*(2), 109–128.

<https://doi.org/10.1521/pedi.17.2.109.23986>

Kupfer, D. J., Frank, E., Grochocinski, V. J., Cluss, P. A., Houck, P. R., & Stapf, D. A. (2002). Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. *The Journal of clinical psychiatry*, *63*(2), 120–125. <https://doi.org/10.4088/jcp.v63n0206>

- Lake, J. I., Yee, C. M., & Miller, G. A. (2017). Misunderstanding RDoC. *Zeitschrift für Psychologie*, 225(3), 170–174. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000301>
- Landis, R. S., Edwards, B. D., & Cortina, J. M. (2009). On the practice of allowing correlated residuals among indicators in structural equation models. In C. E. Lance & R. J. Vandenberg (Eds.), *Statistical and methodological myths and urban legends - Doctrine, verity and fable in the organizational and social sciences* (pp. 193–215). New York: Routledge.
- Larstone, R. M., Jang, K. L., Livesley, W. J., Vernon, P. A., & Wolf, H. (2002). The relationship between Eysenck's P-E-N model of personality, the five-factor model of personality, and traits delineating personality dysfunction. *Personality and Individual Differences*, 33(1), 25–37. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00132-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00132-5)
- Lau, C., Bagby, R. M., Pollock, B. G., & Quilty, L. (2023). Five-Factor Model and DSM-5 Alternative Model of Personality Disorder Profile Construction: Associations with Cognitive Ability and Clinical Symptoms. *Journal of Intelligence*, 11(4), 71. <https://doi.org/10.3390/jintelligence11040071>
- LeBreton, J. M., & Senter, J. L. (2008). Answers to 20 questions about interrater reliability and interrater agreement. *Organizational Research Methods*, 11(4), 815–852. <https://doi.org/10.1177/1094428106296642>
- Leeners, B., Hengartner, M. P., Rössler, W., Ajdacic-Gross, V., & Angst, J. (2014). The role of psychopathological and personality covariates in orgasmic difficulties: a prospective longitudinal evaluation in a cohort of women from age 30 to 50. *The journal of sexual medicine*, 11(12), 2928–2937. <https://doi.org/10.1111/jsm.12709>



- Leighton, A. H., & Murphy, J. M. (1997). Nature of pathology: the character of danger implicit in functional impairment. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 42(7), 714–721. <https://doi.org/10.1177/070674379704200703>
- Lemma, A. (1996). *Introduction to psychopathology*. Sage
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 62(6), 553–564. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.019>
- Levin, H. S., & Eisenberg, H. M. (1979). Neuropsychological impairment after closed head injury in children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 4(4), 389–402. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/4.4.389>
- [Lilienfeld, S. O. \(2003\). Comorbidity between and within childhood externalizing and internalizing disorders: Reflections and directions. \*Journal of Abnormal Child Psychology\*, 31, 285–291. doi:10.1023/A:1023229529866](#)
- Lilienfeld, S. O., & Marino, L. (1999). Essentialism revisited: Evolutionary theory and the concept of mental disorder. *J. Abn. Psychol.*, 108(3), 400–11.
- Litwin, M. S. (1995). *How to measure survey reliability and validity*. SAGE Publications, Inc., <https://doi.org/10.4135/9781483348957>
- Livesley J. (2013). The DSM-5 personality disorder proposal and future directions in the diagnostic classification of personality disorder. *Psychopathology*, 46(4), 207–216. <https://doi.org/10.1159/000348866>
- Livesley W. J. (1985). The classification of personality disorder: I. The choice of category concept. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 30(5), 353–358. <https://doi.org/10.1177/070674378503000510>

- Livesley WJ. 2003. Diagnostic dilemmas in classifying personality disorder. In *Advancing DSM: Dilemmas in Psychiatric Diagnosis*, ed. KA Phillips, MB First, HA Pincus, pp. 153–89. Washington, DC: Am. Psychiatr. Assoc.
- Livesley, W. J. (2001). Conceptual and Taxonomic Issues. In J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders* (pp. 3–38). New York: Guilford Press.
- Livesley, W.J. (2001). Conceptual and taxonomic issues. In W.J. Livesley (Ed.) *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (pp.3–39). New York: Guilford.
- Livesley, W. J. (2007). A Framework for Integrating Dimensional and Categorical Classifications of Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 21(2), 199–224. doi:10.1521/pedi.2007.21.2.199
- Livesley, W. J., Jackson, D. N. & Schroeder, M. L. (1992). Factorial structure of traits delineating personality disorders in clinical and general population samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 432-40.
- Livesley, W. J., Jang, K. L., & Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 55(10), 941–948. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.10.941>
- Livesley, W. J., Jang, K. L., Jackson, D. N. & Vernon, P. A. (1993). Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1826-1 831.
- Livesley, W. J., & Larstone, R. M. (2008). The Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP). In G. J. Boyle, G. Matthews, & D. H. Saklofske (Eds.), *The SAGE handbook of personality theory and assessment, Vol. 2. Personality measurement and*

*testing* (pp. 608–625). Sage Publications, Inc.

<https://doi.org/10.4135/9781849200479.n29>

Livesley, W. J., Schroeder, M. L., Jackson, D. N., & Jang, K. L. (1994). Categorical distinctions in the study of personality disorder: implications for classification. *Journal of abnormal psychology, 103*(1), 6–17. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.103.1.6>

Loevinger, J. (1957). Objective Tests as Instruments of Psychological Theory. *Psychological Reports, 3*(3), 635–694. <https://doi.org/10.2466/pr0.1957.3.3.635>

Longenecker, J. M., Krueger, R. F., & Sponheim, S. R. (2020). Personality traits across the psychosis spectrum: A Hierarchical Taxonomy of Psychopathology conceptualization of clinical symptomatology. *Personality and mental health, 14*(1), 88–105.

<https://doi.org/10.1002/pmh.1448>

Looney, S. W. (1995). How to Use Tests for Univariate Normality to Assess Multivariate Normality. *The American Statistician, 49*(1), 64–70. <https://doi.org/10.2307/2684816>

Loranger, A. W., Lenzenweger, M. F., Gartner, A. F., Susman, V. L., Herzig, J., Zammit, G. K., Gartner, J. D., Abrams, R. C., & Young, R. C. (1991). Trait-state artifacts and the diagnosis of personality disorders. *Archives of General Psychiatry, 48*, 720–728.

Lubke, G. H., & Miller, P. J. (2015). Does nature have joints worth carving? A discussion of taxometrics, model-based clustering and latent variable mixture modeling. *Psychological medicine, 45*(4), 705–715. <https://doi.org/10.1017/S003329171400169X>

Lubke, G. H., & Muthén, B. (2005). Investigating population heterogeneity with factor mixture models. *Psychological methods, 10*(1), 21–39. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.10.1.21>

Lynam, D. R., & Miller, J. D. (2019). The basic trait of Antagonism: An unfortunately

underappreciated construct. *Journal of Research in Personality*, 81, 118–126.

<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2019.05.012>

Lynam, D. R., & Widiger, T. A. (2001). Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: an expert consensus approach. *Journal of abnormal psychology*, 110(3), 401–412. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.110.3.401>

MacCallum, R. C., Roznowski, M., & Necowitz, L. B. (1992). Model modifications in covariance structure analysis: The problem of capitalization on chance. *Psychological Bulletin*, 111, 490-504.

MacCallum, R. C., Zhang, S., Preacher, K. J., & Rucker, D. D. (2002). On the practice of dichotomization of quantitative variables. *Psychological methods*, 7(1), 19–40.

<https://doi.org/10.1037/1082-989x.7.1.19>

Madianos, M. G., Zacharakis, C., & Tsitsa, C. (2000). Utilization of psychiatric inpatient care in Greece: a nationwide study (1984-1996). *The International journal of social psychiatry*, 46(2), 89–100. <https://doi.org/10.1177/002076400004600202>

Maples, J. L., Carter, N. T., Few, L. R., Crego, C., Gore, W. L., Samuel, D. B., Williamson, R. L., Lynam, D. R., Widiger, T. A., Markon, K. E., Krueger, R. F., & Miller, J. D. (2015). Testing whether the DSM-5 personality disorder trait model can be measured with a reduced set of items: An item response theory investigation of the Personality Inventory for DSM-5. *Psychological assessment*, 27(4), 1195–1210.

<https://doi.org/10.1037/pas0000120>

- Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2006). Information-theoretic latent distribution modeling: distinguishing discrete and continuous latent variable models. *Psychological methods*, *11*(3), 228–243. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.11.3.228>
- Markon, K. E., Chmielewski, M., & Miller, C. J. (2011). The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: a quantitative review. *Psychological bulletin*, *137*(5), 856–879. <https://doi.org/10.1037/a0023678>
- Markon, K. E., Krueger, R. F., & Watson, D. (2005). Delineating the Structure of Normal and Abnormal Personality: An Integrative Hierarchical Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *88*(1), 139–157. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.1.139>
- Markon, K. E., Quilty, L. C., Bagby, R. M., & Krueger, R. F. (2013). The Development and Psychometric Properties of an Informant-Report Form of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5). *Assessment*, *20*(3), 370–383. <https://doi.org/10.1177/1073191113486513>
- Marsh HW, Morin AJ, Parker PD, Kaur G. Exploratory structural equation modeling: An integration of the best features of exploratory and confirmatory factor analysis. *Annu Rev Clin Psychol*. (2014) 10:85–110. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153700>
- Marsh, H. W., & Hau, K.-T. (2007). Applications of latent-variable models in educational psychology: The need for methodological-substantive synergies. *Contemporary Educational Psychology*, *32*, 151-171.
- Marsh, H. W., Lüdtke, O., Muthén, B., Asparouhov, T., Morin, A. J. S., Trautwein, U., & Nagengast, B. (2010). A new look at the Big-Five factor structure through exploratory structural equation modeling. *Psychological Assessment*, *22*, 471-491

Marsh, H. W., Morin, A. J., Parker, P. D., & Kaur, G. (2014). Exploratory structural equation modeling: an integration of the best features of exploratory and confirmatory factor analysis. *Annual review of clinical psychology, 10*, 85–110.

<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153700>

Marsh, H. W., Muthén, B., Asparouhov, T., Ludtke, O., Robitzsch, A., Morin, A. J. S., & Trautwein, U. (2009). Exploratory structural equation modeling, integrating CFA and EFA: Application to students' evaluations of university teaching. *Structural Equation Modeling, 16*, 439-476.

McAdams D (1992) The five-factor model of personality: a critical appraisal. *Journal of Personality 60*: 329–61.

McCrae RR, Costa PT (2006). *Personality in adulthood, A five-factor theory perspective*. (2nd edition). New York: Guilford press

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 81–90.

McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr (1997). Personality trait structure as a human universal. *The American psychologist, 52*(5), 509–516. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.52.5.509>

McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective* (2nd ed.). Guilford Press. <https://doi.org/10.4324/9780203428412>

McCrae, R. R., Zonderman, A. B., Costa, P. T., Bond, M. H., & Paunonen, S. V. (1996). Evaluating the replicability of factors in the revised NEO personality inventory: Confirmatory factor analysis versus Procrustes rotation. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 552–566.

- McHugh, P. R., & Slavney, P. R. (1998). *The perspectives of psychiatry* (2nd ed.). Johns Hopkins University Press.
- Mecklin, C. J., & Mundfrom, D. J. (2005). A Monte Carlo comparison of the Type I and Type II error rates of tests of multivariate normality. *Journal of Statistical Computation and Simulation*, 75(2), 93-107.
- Meehl, P. E. (1992). Factors and taxa, traits and types, differences of degree and differences in kind. *Journal of Personality*, 60(1), 117–174. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00269.x>
- Meliante, M., Rossi, C., Malvini, L., Niccoli, C., Oasi, O., Barbera, S., & Percudani, M. (2021). The Relationship between PID-5 Personality Traits and Mental States. A Study on a Group of Young Adults at Risk of Psychotic Onset. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 57(1), 33. <https://doi.org/10.3390/medicina57010033>
- Meredith, W., & Teresi, J. A. (2006). An essay on measurement and factorial invariance. *Medical care*, 44(11 Suppl 3), S69–S77. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000245438.73837.89>
- Meredith, W. (1993). Measurement invariance, factor analysis and factorial invariance. *Psychometrika*, 58, 525–543.
- Milfont, T. L., & Fischer, R. (2015). Testing measurement invariance across groups: Applications in cross-cultural research. *International Journal of Psychological Research*, 3, 111–130. doi:10.21500/20112084.857
- Miller, J. D., Bagby, R. M., Hopwood, C. J., Simms, L. J., & Lynam, D. R. (2022). Normative data for PID-5 domains, facets, and personality disorder composites from a representative

- sample and comparison to community and clinical samples. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(5), 536–541. <https://doi.org/10.1037/per0000548>
- Millon T. (1987) On the Nature of Taxonomy in Psychopathology. In: Last C.G., Hersen M. (eds) *Issues in Diagnostic Research*. Springer, Boston, MA. [https://doi.org/10.1007/978-1-4684-1265-9\\_1](https://doi.org/10.1007/978-1-4684-1265-9_1)
- Millon, T., Krueger, R. F., & Simonsen, E. (Eds.). (2010). *Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*. The Guilford Press.
- Millsap, R. E. (1998). Group differences in regression intercepts: Implications for factorial invariance. *Multivariate Behavioral Research*, 33, 403–424.
- Mischel, W. (1968). *Personality and assessment*. New York: Wiley.
- Mitsopoulou, E., Kafetsios, K., Karademas, E., Papastefanakis, E., & Simos, P. G. (2013). The Greek version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: Testing the factor structure, reliability and validity in an adult community sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(1), 123–131. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9321-6>
- Monaghan, C., & Bizumic, B. (2023). Dimensional models of personality disorders: Challenges and opportunities. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1098452. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1098452>
- Moran, P., Jenkins, R., Tylee, A., Blizard, R., & Mann, A. (2000). The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 102(1), 52–57. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102001052.x>



- Morey L. C. (2017). Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM-5 Level of Personality Functioning Scale. *Psychological assessment*, 29(10), 1302–1308. <https://doi.org/10.1037/pas0000450>
- Morey LC, Skodol AE, & Oldham JM (2014). Clinician judgments of clinical utility: A comparison of DSM-IV-TR personality disorders and the alternative model for DSM-5 personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(2), 398–405. 10.1037/a0036481
- Morey, L. C., & Benson, K. T. (2016). Relating DSM-5 section II and section III personality disorder diagnostic classification systems to treatment planning. *Comprehensive Psychiatry*, 68, 48–55. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.03.010>
- Morey, L. C., Benson, K. T., Busch, A. J., & Skodol, A. E. (2015). Personality Disorders in DSM-5: Emerging research on the alternative model. *Current Psychiatry Reports*. 17(4). 1-9. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-015-0558-0>
- Morin, A. J. S., Myers, N. D., & Lee, S. (2020). Modern factor analytic techniques: Bifactor models, exploratory structural equation modeling (ESEM), and Bifactor-ESEM. In G. Tenenbaum, R. C. Eklund, & N. Boiangin (Eds.), *Handbook of sport psychology: Exercise, methodologies, & special topics* (pp. 1044–1073). John Wiley & Sons, Inc.. <https://doi.org/10.1002/9781119568124.ch51>
- Moshagen, M., Hilbig, B. E., & Zettler, I. (2018). The dark core of personality. *Psychological Review*, 125(5), 656–688. <https://doi.org/10.1037/rev0000111>
- Müller, R., & Büttner, P. (1994). A critical discussion of intraclass correlation coefficients. *Statistics in medicine*, 13(23-24), 2465–2476. <https://doi.org/10.1002/sim.4780132310>
- Muris, P., Merckelbach, H., Otgaar, H., & Meijer, E. (2017). The malevolent side of human

- nature: A meta-analysis on the Dark Traid (narcissism, Machiavellianism, and psychopathy). *Perspectives on Psychological Science*, *12*, 183-204.
- Musalek, Michael & Larach, Veronica & Lépine, Jean-Pierre & Millet, Bruno & Gaebel, Wolfgang. (2010). Psychopathology in the 21st century. *The world journal of biological psychiatry: the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*. *11*. 844-51. 10.3109/15622975.2010.510207.
- Musetti, A., Mancini, T., Corsano, P., Santoro, G., Cavallini, M. C., & Schimmenti, A. (2019). Maladaptive Personality Functioning and Psychopathological Symptoms in Problematic Video Game Players: A Person-Centered Approach. *Frontiers in psychology*, *10*, 2559. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02559>
- Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kuramoto, S. J., Kraemer, H. C., Kupfer, D. J., Greiner, L., & Regier, D. A. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part III: development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for DSM-5. *The American journal of psychiatry*, *170*(1), 71–82. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12071000>
- Nathan, P. E., & Langenbucher, J. W. (1999). Psychopathology: description and classification. *Annual review of psychology*, *50*, 79–107. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.50.1.79>
- Nestadt, G., Costa, P. T., Jr, Hsu, F. C., Samuels, J., Bienvenu, O. J., & Eaton, W. W. (2008). The relationship between the five-factor model and latent Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition personality disorder dimensions. *Comprehensive psychiatry*, *49*(1), 98–105. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.05.015>

- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- O'Boyle, E. H., Forsyth, D. R., Banks, G. C., Story, P. A., & White, C. D. (2015). A meta-analytic test of redundancy and relative importance of the dark triad and five-factor model of personality. *Journal of Personality*, *83*, 644-664.
- Oerter, R., Oerter, R., Agostiani, H., Kim, H.-O., & Wibowo, S. (1996). The concept of human nature in East Asia: An etic and emic characteristics. *Culture & Psychology*, *2*, 9 – 51.
- Oldham J. M. (2022). How Will Clinicians Utilize the Alternative *DSM-5-TR* Section III Model for Personality Disorders in Their Clinical Work? *Focus (American Psychiatric Publishing)*, *20*(4), 411–412. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20220053>
- Oldham, J. M., & Skodol, A. E. (2000). Charting the future of Axis II. *Journal of Personality Disorders*, *14*(1), 17–29. <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.1.17>
- Oldham, J. M., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Hyler, S. E., Doidge, N., Rosnick, L., & Gallaher, P. E. (1995). Comorbidity of axis I and axis II disorders. *The American journal of psychiatry*, *152*(4), 571–578. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.4.571>
- Oltmanns, T. F., & Emery, R. E. (2019). *Abnormal psychology*.
- Owen, Michael J. (2014). *New Approaches to Psychiatric Diagnostic Classification*. *Neuron*, *84*(3), 564–571. doi:10.1016/j.neuron.2014.10.028
- Oyebode F. & Sims A. C. P. (2003). *Sims' symptoms in the mind: an introduction to descriptive psychopathology* (3rd ed.). Elsevier Science.
- Paris J. (2003). Personality disorders over time: precursors, course and outcome. *Journal of personality disorders*, *17*(6), 479–488. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.6.479.25360>

- Paris J. (2004). Personality disorders over time: implications for psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 58(4), 420–429.  
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2004.58.4.420>
- Perry, J.C., & Vaillant, G. E. (1989). Personality disorders. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (pp. 1352-1387). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Persons, J. B. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *American Psychologist*, 41(11), 1252–1260.  
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.11.1252>
- Pfohl, B., Coryell, W., Zimmerman, M., & Stangl, D. (1986). DSM-III personality disorders: diagnostic overlap and internal consistency of individual DSM-III criteria. *Comprehensive psychiatry*, 27(1), 21–34. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(86\)90066-0](https://doi.org/10.1016/0010-440x(86)90066-0)
- Phillips, K. A., First, M. B., & Pincus, H. A. (Eds.). (2003). *Advancing DSM: Dilemmas in psychiatric diagnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Pike, K. L. (1954). *Language in relation to a unified theory of the structure of human behavior (3 parts)*. Glendale, CA: Summer Institute of Linguistics.
- Pocnet, C., Antonietti, J.-P., Handschin, P., Massoudi, K., & Rossier, J. (2018). The many faces of personality: The DSM-5 dimensional and categorical models and the five-factor model. *Personality and Individual Differences*, 121, 11–18.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.09.005>
- Presly, A. S., & Walton, H. J. (1973). Dimensions of abnormal personality. *British Journal of Psychiatry*, 122, 269–276.
- Preston, C. C., & Colman, A. M. (2000). Optimal number of response categories in rating scales:

- reliability, validity, discriminating power, and respondent preferences. *Acta Psychologica*, 104(2000), 1-15.
- Putnick, D. L., & Bornstein, M. H. (2016). Measurement Invariance Conventions and Reporting: The State of the Art and Future Directions for Psychological Research. *Developmental review* : *DR*, 41, 71–90. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2016.06.004>
- Quay, H.C., & Werry, J.S. (1979). *Psychopathological disorders of childhood*.
- Quilty, L. C., Ayearst, L., Chmielewski, M., Pollock, B. G., & Bagby, R. M. (2013). The Psychometric Properties of the Personality Inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 Field Trial Sample. *Assessment*, 20(3), 362–369. <https://doi.org/10.1177/1073191113486183>
- Quilty, L. C., De Fruyt, F., Rolland, J. P., Kennedy, S. H., Rouillon, P. F., & Bagby, R. M. (2008). Dimensional personality traits and treatment outcome in patients with major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 108(3), 241–250. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.022>
- Raine, A., Reynolds, C., Lencz, T., Scerbo, A., Triphon, N., & Kim, D. (1994). Cognitive-perceptual, interpersonal, and disorganized features of schizotypal personality. *Schizophrenia bulletin*, 20(1), 191–201. <https://doi.org/10.1093/schbul/20.1.191>
- Ramsden, P. (2013). Defining abnormal behaviour. In *Understanding abnormal psychology* (pp. 1-27). 55 City Road, London: SAGE Publications, Ltd. doi: 10.4135/9781526402127.n1
- Ray, J. V., Frick, P. J., Thornton, L. C., Steinberg, L., & Cauffman, E. (2016). Positive and negative item wording and its influence on the assessment of callous-unemotional traits. *Psychological assessment*, 28(4), 394–404. <https://doi.org/10.1037/pas0000183>

- Raykov T. (1997). Scale Reliability, Cronbach's Coefficient Alpha, and Violations of Essential Tau-Equivalence with Fixed Congeneric Components. *Multivariate behavioral research*, 32(4), 329–353. [https://doi.org/10.1207/s15327906mbr3204\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327906mbr3204_2)
- Raykov T. (2008). Alpha if item deleted: a note on loss of criterion validity in scale development if maximizing coefficient alpha. *The British journal of mathematical and statistical psychology*, 61(Pt 2), 275–285. <https://doi.org/10.1348/000711007X188520>
- Raykov, T., & Marcoulides, G. (2019). Thanks coefficient alpha, we still need You! *Educational and Psychological Measurement*, 79(1), 200–210. <https://doi.org/10.1177/0013164417725127>
- Regier, D. A., Kaelber, C. T., Rae, D. S., Farmer, M. E., Knauper, B., Kessler, R. C., & Norquist, G. S. (1998). Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. Implications for research and policy. *Archives of general psychiatry*, 55(2), 109–115. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.2.109>
- Regier, D. A., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 12(2), 92–98. <https://doi.org/10.1002/wps.20050>
- Reich, J. R., & Green, A. I. (1991). Effect of personality disorders on outcome of treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 74-82.
- Reynolds, C. A., Raine, A., Mellingen, K., Venables, P. H., & Mednick, S. A. (2000). Three-factor model of schizotypal personality: invariance across culture, gender, religious affiliation, family adversity, and psychopathology. *Schizophrenia bulletin*, 26(3), 603–618. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033481>

Reznek, L. (1991). *The Philosophical Defence of Psychiatry* (1st ed.). Routledge.

<https://doi.org/10.4324/9780203981726>

Riegel, K. D., Preiss, M., Kšiňan, A., Michalec, J., Šamánková, D., & Harsa, P. (2017).

Psychometrické vlastnosti české verze Osobnostního inventáře pro DSM-5: Vnitřní konzistence, validita a rozlišovací schopnost nástroje [Psychometric properties of the Czech version of the Personality Inventory for DSM-5: Internal consistency, validity and discrimination capacity of the measure]. *Československá Psychologie: Časopis Pro Psychologickou Teorii a Praxi*, 61(2), 128–143.

Roberts, P., & Priest, H. (2006). Reliability and validity in research. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain):1987)*, 20(44), 41–45.

<https://doi.org/10.7748/ns2006.07.20.44.41.c6560>

Roebianto, A., Savitri, S. I., Aulia, I., Suciñana, A., & Mubarokah, L. (2023). Content validity:

Definition and procedure of content validation in psychological research. *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 30(1), 5–18.

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy; its current practice, implications, and theory*.

Houghton Mifflin.

Rogler L. H. (1997). Making sense of historical changes in the Diagnostic and statistical manual of mental disorders: five propositions. *Journal of health and social behavior*, 38(1), 9–20.

Roskam I, Galdiolo S, Hansenne M, Massoudi K, Rossier J, Gicquel L, et al. (2015) The Psychometric Properties of the French Version of the Personality Inventory for DSM-5.

PLoS ONE 10(7): e0133413. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133413>

- Ross, C. A., & Margolis, R. L. (2019). Research Domain Criteria: Strengths, Weaknesses, and Potential Alternatives for Future Psychiatric Research. *Molecular neuropsychiatry*, 5(4), 218–236. <https://doi.org/10.1159/000501797>
- Rössler W. (2013). What is Normal? The Impact of Psychiatric Classification on Mental Health Practice and Research. *Frontiers in public health*, 1, 68.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2013.00068>
- Rounsaville, B. J., Alarcon, R. D., Andrews, G., Jackson, J. S., Kendell, R. E., Kendler, K. S., Kirmayer, L. J. (2002). Toward *DSM-V*: Basic nomenclature issues. In Kupfer, D. J., First, M. B., Regier, D. A. (Eds.), *A research agenda for DSM-V* (pp. 1–30). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Rudd, B., (2014). *Introducing Psychopathology, 1<sup>st</sup> ed., London: Sage.*
- Salazar, M. S. (2015). The dilemma of combining positive and negative items in scales. *Psicothema*, 27(2), 192–199.
- Saldaña, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers.* Sage Publications Ltd.
- Salmon, T. W., Copp, O., May, J. V., Abbot, E. S., & Cotton, H. A. (1917). Report of the committee on statistics of the American Medico-Psychological Association. *American Journal of Insanity*, 74, 255–260
- Samuel, D. B., Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., & Ball, S. A. (2013). Personality disorders as maladaptive, extreme variants of normal personality: borderline personality disorder and neuroticism in a substance using sample. *Journal of personality disorders*, 27(5), 625–635. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.5.625>
- Samuel, D. B., & Griffin, S. A. (2015). A critical evaluation of retaining personality categories and types. In S. K. Huprich (Ed.), *Personality disorders: Toward theoretical and*



- empirical integration in diagnosis and assessment* (pp. 43–62). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14549-003>
- Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: A facet level analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1326–1342. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.07.002>
- Sarbin, TR., and Mancuso, J.e. (1980). *Schizophrenia: Medical diagnosis or moral verdict?* Elmsford, New York: Pergamon Press.
- Saris, W. E., Satorra, A., & van der Veld, W. M. (2009). Testing structural equation models or d detection of misspecifications? *Structural Equation Modeling*, 16, 561–582.
- Sartorius, N., Kaelber, C. T., Cooper, J. E., Roper, M. T., Rae, D. S., Gulbinat, W., Ustün, T. B., & Regier, D. A. (1993). Progress toward achieving a common language in psychiatry. Results from the field trial of the clinical guidelines accompanying the WHO classification of mental and behavioral disorders in ICD-10. *Archives of general psychiatry*, 50(2), 115–124. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820140037004>
- Saucier, G. (2009). Recurrent personality dimensions in inclusive lexical studies: Indications for a Big Six structure. *Journal of Personality*, 77, 1577–1614
- Saucier, G., & Goldberg, L. R. (1996). Evidence for the Big Five in analyses of familiar English personality adjectives. *European Journal of Personality*, 10, 61–77.
- Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 23(8), 1055–1085. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2002.09.001>

- Schacht, T., & Nathan, P. E. (1977). But is it good for the psychologists? Appraisal and status of DSM-III. *American Psychologist*, 32(12), 1017–1025. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.12.1017>
- Schmitt, N. (1996). Uses and abuses of coefficient alpha. *Psychological Assessment*, 8(4), 350–353. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.8.4.350>
- Schneider, K. (1950). *Die psychopathischen Persönlichkeiten*. [Psychopathic personalities]. Franz Deuticke.
- Schuessler, K. F., & Fisher, G. A. (1985). Quality of Life Research and Sociology. Annual Review of Sociology, 11, 129–149. <http://www.jstor.org/stable/2083289>
- Schwab, D. P. (1980). Construct validity in organization behavior. In B.M. Staw & L.L. Cummings (Eds.), *Research in Organizational Behavior*, 2, pp. 3-43. Greenwich, CT: JAI Press.
- Seligman, L. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2, 307-430.
- Sharp, C., & Miller, J. D. (2022). Ten-year retrospective on the *DSM-5* alternative model of personality disorder: Seeing the forest for the trees. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(4), 301–304. <https://doi.org/10.1037/per0000595>
- Shedler, J., & Westen, D. (2004). Refining personality disorder diagnosis: integrating science and practice. *The American journal of psychiatry*, 161(8), 1350–1365. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1350>
- Shedler, J., Beck, A., Fonagy, P., Gabbard, G. O., Gunderson, J., Kernberg, O., Michels, R., & Westen, D. (2010). Personality disorders in DSM-5. *The American journal of psychiatry*, 167(9), 1026–1028. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050746>

- Siever, L. J., & Davis, K. L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *The American journal of psychiatry*, *148*(12), 1647–1658.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.148.12.1647>
- Simonsen, E. (2010). The integration of categorical and dimensional approaches to psychopathology. In T. Millon, R. F. Krueger, & E. Simonsen (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11* (p. 350–361). The Guilford Press.
- Sireci, S. G.; Geisinger, K. F. (1995). *Using Subject-Matter Experts to Assess Content Representation: An MDS Analysis. Applied Psychological Measurement*, *19*(3), 241–255.  
doi:10.1177/014662169501900303
- Skjernov, M., Bach, B., Fink, P., Fallon, B., Soegaard, U., & Simonsen, E. (2020). DSM-5 Personality Disorders and Traits in Patients With Severe Health Anxiety. *The Journal of nervous and mental disease*, *208*(2), 108–117.  
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001108>
- Skodol A. E. (2012). Personality disorders in DSM-5. *Annual review of clinical psychology*, *8*, 317–344. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143131>
- Skodol, A. E. (2012). Diagnosis and DSM-5: Work in progress. In T. A. Widiger (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp. 35–57). Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199735013.013.0003>
- Skodol, A. E., Bender, D. S., Morey, L. C., Clark, L. A., Oldham, J. M., Alarcon, R.D., Krueger, R. F., Verheul, R., Bell, C. C., & Siever, L. J. (2011). Personality disorder types proposed for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, *25*(2), 136-169

- Skodol, A. E., Clark, L. A., Bender, D. S., Krueger, R. F., Morey, L. C., Verheul, R., Alarcon, R. D., Bell, C. C., Siever, L. J., & Oldham, J. M. (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part I: Description and rationale. *Personality disorders*, 2(1), 4–22. <https://doi.org/10.1037/a0021891>
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Bender, D. S., Dyck, I. R., Stout, R. L., Morey, L. C., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., & Gunderson, J. G. (2005). Dimensional representations of DSM-IV personality disorders: relationships to functional impairment. *The American journal of psychiatry*, 162(10), 1919–1925. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1919>
- Sleep, C. E., Hyatt, C. S., Lamkin, J., Maples-Keller, J. & Miller, J. D. (2017). Examining the relations among the DSM-5 alternative model of personality, the five-factor model, and externalizing and internalizing behavior. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 9(4), 379–384. <https://doi.org/10.1037/per0000240>
- Sorrel, M. A., García, L. F., Aluja, A., Rolland, J. P., Rossier, J., Roskam, I., & Abad, F. J. (2021). Cross-Cultural Measurement Invariance in the Personality Inventory for DSM-5<sup>☆</sup>. *Psychiatry research*, 304, 114134. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114134>
- Soto, C. J., & John, O. P. (2019). Optimizing the length, width, and balance of a personality scale: How do internal characteristics affect external validity? *Psychological assessment*, 31(4), 444–459. <https://doi.org/10.1037/pas0000586>
- Specht, J. (Ed.). (2017). *Personality development across the lifespan*. Elsevier Academic Press.
- Spitzer R.L. (1973). A Proposal about homosexuality and the APA nomenclature: homosexuality as an irregular form of sexual behavior, and sexual orientation disturbance as a

- psychiatric disorder: a symposium. Should homosexuality be in the APA nomenclature?  
Am J Psychiatry 130:1207–16.
- Spitzer, R. L. (1999). Harmful dysfunction and the DSM definition of mental disorder. *J. Abn. Psychol.*, 108(3), 430–32.
- Spitzer R.L., & Endicott, TR., (1978). Medical and mental disorder: Proposed definition and criteria. In R. Spitzer and D. Klein (Eds.), *Critical issues in psychiatric diagnosis* (pp. 15-39). New York: Raven Press.
- Spitzer R.L., & Williams J.B., (1982). The definition and diagnosis of mental disorder. In: Grove WR, editor. *Deviance and Mental Illness*. Beverly Hill: SAGE.
- Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1988). Basic principles in the development of DSM-III. In J. E. Mezzich & M. V. Cranach (Eds.), *International classification in psychiatry: Unity and diversity* (pp. 8186). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Spitzer, Robert L. & Klein, Donald F. (1978). *Critical Issues in Psychiatric Diagnosis*.
- Standage, K. (1989). Psychopathic Personalities: Kurt Schneider. *British Journal of Psychiatry*, 155(2), 271-273. doi:10.1192/S0007125000177773
- Stanghellini G. (2009). The meanings of psychopathology. *Current opinion in psychiatry*, 22(6), 559–564. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283318e36>
- Stanghellini, G., & Broome, M. R. (2014). Psychopathology as the basic science of psychiatry. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 205(3), 169–170. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.138974>
- Stefanis, N. C., Smyrnis, N., Avramopoulos, D., Evdokimidis, I., Ntzoufras, I., & Stefanis, C. N. (2004). Factorial composition of self-rated schizotypal traits among young males

- undergoing military training. *Schizophrenia bulletin*, 30(2), 335–350.  
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007083>
- Stein, D. J., Lund, C., & Nesse, R. M. (2013). Classification systems in psychiatry: diagnosis and global mental health in the era of DSM-5 and ICD-11. *Current opinion in psychiatry*, 26(5), 493–497. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283642dfd>
- Stein, D. J., Phillips, K. A., Bolton, D., Fulford, K. W., Sadler, J. Z., & Kendler, K. S. (2010). What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychological medicine*, 40(11), 1759–1765. <https://doi.org/10.1017/S0033291709992261>
- Stone, L. E., & Segal, D. L. (2021). An Empirical Evaluation of the *DSM-5* Alternative Model of Personality Disorders in Later Life. *International journal of aging & human development*, 93(3), 904–926. <https://doi.org/10.1177/0091415020980762>
- Stout, W. (1987). A nonparametric approach for assessing latent trait unidimensionality. *Psychometrika*, 52, 589–617.
- Strauss, D.H., Spitzer, R.L. & Muskin, P.R. (1990). Maladaptive denial of physical illness: A proposal for DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 147: 1168–72.
- Streiner, D. L., & Cairney, J. (2007). What's under the ROC? An introduction to receiver operating characteristics curves. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 52(2), 121–128. <https://doi.org/10.1177/070674370705200210>
- Suzuki, T., Samuel, D. B., Pahlen, S., & Krueger, R. F. (2015). DSM-5 alternative personality disorder model traits as maladaptive extreme variants of the five-factor model: An item-response theory analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2), 343–354.  
<http://dx.doi.org/10.1037/abn0000035>

- Szasz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15(2), 113–118.  
<https://doi.org/10.1037/h0046535>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Tackett J. L. (2006). Evaluating models of the personality-psychopathology relationship in children and adolescents. *Clinical psychology review*, 26(5), 584–599.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.003>
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International journal of medical education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Taylor, M., & Vaidya, N. (2008). Descriptive Psychopathology. In *Descriptive Psychopathology: The Signs and Symptoms of Behavioral Disorders* (pp. I-li). Cambridge: Cambridge University Press.
- Tellegen, A. (1993). Folk concepts and psychological concepts of personality and personality disorder. *Psychological Inquiry*, 4(2), 122–130.  
[https://doi.org/10.1207/s15327965pli0402\\_12](https://doi.org/10.1207/s15327965pli0402_12)
- Telles-Correia D. (2018). Mental disorder: Are we moving away from distress and disability?. *Journal of evaluation in clinical practice*, 24(5), 973–977.  
<https://doi.org/10.1111/jep.12871>
- Thimm, J. C., Jordan, S., & Bach, B. (2017). Hierarchical Structure and Cross-Cultural Measurement Invariance of the Norwegian Version of the Personality Inventory for DSM-5. *Journal of personality assessment*, 99(2), 204–210.  
<https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1223682>
- Thomas J. SC., (1966) *Being mentally ill: A sociology theory*. Chicago: Aldine.

- Thomas, K. M., Yalch, M. M., Krueger, R. F., Wright, A. G., Markon, K. E., & Hopwood, C. J. (2013). The convergent structure of DSM-5 personality trait facets and five-factor model trait domains. *Assessment*, 20(3), 308–311. <https://doi.org/10.1177/1073191112457589>
- Tomarken, A. J., & Waller, N. G. (2003). Potential problems with "well fitting" models. *Journal of abnormal psychology*, 112(4), 578–598. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.4.578>
- Tomas Chamorro-Premuzic (2007) *Personality and Individual Differences: (BPS Textbooks in Psychology 3rd Edition)*
- Tooby, J., & Cosmides, L. (1990). The past explains the present: Emotional adaptations and the structure of ancestral environments. *Ethology and Sociobiology*, 11, 375-424.
- Torgersen, S. (2014). Prevalence, sociodemographics, and functional impairment. In J. M. Oldham, A. E. Skodol, & D. S. Bender (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders* (pp. 109–129). American Psychiatric Publishing, Inc..
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 590–596. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>
- Tóth-Király, I., Morin, A. J. S., Gillet, N., Bőthe, B., Nadon, L., Rigó, A., & Orosz, G. (2020). *Refining the assessment of need supportive and need thwarting interpersonal behaviors using the bifactor exploratory structural equation modeling framework. Current Psychology*. doi:10.1007/s12144-020-00828-8
- Triandis, H. C. (1995). *Individualism and collectivism*. Boulder, CO: Westview Press.
- Trizano-Hermosilla, I., & Alvarado, J. M. (2016). Best Alternatives to Cronbach's Alpha Reliability in Realistic Conditions: Congeneric and Asymmetrical Measurements. *Frontiers in psychology*, 7, 769. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00769>



- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*(1), 355–380.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009>
- Trull, T. J., Tragesser, S. L., Solhan, M., & Schwartz-Mette, R. (2007). Dimensional models of personality disorder: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition and beyond. *Current opinion in psychiatry, 20*(1), 52–56.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328010c838>
- Turiano, N. A., Whiteman, S. D., Hampson, S. E., Roberts, B. W., & Mroczek, D. K. (2012). Personality and Substance Use in Midlife: Conscientiousness as a Moderator and the Effects of Trait Change. *Journal of research in personality, 46*(3), 295–305.  
<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2012.02.009>
- Tyrer, P., & Alexander, J. (1979). Classification of personality disorder. *British Journal of Psychiatry, 135*, 163–167.
- Tyrer, P., & Howard, R. (2020). Late-onset personality disorder: A condition still steeped in ignorance. *BJPsych Advances, 26*(4), 219-220. doi:10.1192/bja.2020.19
- Tyrer, P., Mulder, R., Crawford, M., Newton-Howes, G., Simonsen, E., Ndeti, D., Koldobsky, N., Fossati, A., Mbatia, J., & Barrett, B. (2010). Personality disorder: a new global perspective. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 9*(1), 56–60. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00270.x>
- Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence and effect of personality disorder. *The Lancet, 385*, 717–726.  
doi:10.1016/S01406736(14)61995-4
- van de Vijver, F. J. R., & Poortinga, Y. H. (2004). Conceptual and methodological issues in

- adapting tests. In R. K. Hambleton, P. F. Merenda, & C. D. Spielberger (Eds.), *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (pp. 39-63). Erlbaum.
- VandenBos, G. R. (2015). *APA dictionary of psychology*. Second edition. Washington, DC, American Psychological Association.
- Vassend, O., & Skrandal, A. (1997). Validation of the NEO Personality Inventory and the five-factor model. Can findings from exploratory and confirmatory factor analysis be reconciled? *European Journal of Personality*, *11*(2), 147–166.  
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0984\(199706\)11:2<147::AID-PER278>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0984(199706)11:2<147::AID-PER278>3.0.CO;2-E)
- Venables PH, Bailes K. The structure of schizotypy, its relation to subdiagnoses of schizophrenia to sex and age. *Br J Clin Psychol* 1994;33:277-94.
- Verheul R. (2005). Clinical utility of dimensional models for personality pathology. *Journal of personality disorders*, *19*(3), 283–302. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.3.283>
- Vize, C. E., Collison, K. L., Miller, J. D., & Lynam, D. R. (2019). *The “core” of the Dark Triad: A test of competing hypotheses*. Manuscript submitted for publication.
- Vittengl, J. R., Jarrett, R. B., Ro, E., & Clark, L. A. (2023). How can the DSM-5 alternative model of personality disorders advance understanding of depression? *Journal of affective disorders*, *320*, 254–262. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.146>
- Volkert, J., Gablonski, T. C., & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *213*(6), 709–715.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.2018.202>

- Wakefield J. C. (1992). The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. *The American psychologist*, 47(3), 373–388.  
<https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.3.373>
- Wakefield J. C. (1997). Diagnosing DSM-IV--Part I: DSM-IV and the concept of disorder. *Behaviour research and therapy*, 35(7), 633–649. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00018-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00018-1)
- Wakefield J. C. (1999). Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder. *Journal of abnormal psychology*, 108(3), 374–399. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.108.3.374>
- Wakita, T., Ueshima, N., & Noguchi, H. (2012). Psychological Distance Between Categories in the Likert Scale: Comparing Different Numbers of Options. *Educational and Psychological Measurement*, 72(4), 533–546. <https://doi.org/10.1177/0013164411431162>
- Waldman, I. D., & Lilienfeld, S. O. (2001). Applications of taxometric methods to problems of comorbidity: Perspectives and challenges. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 520–527. doi:10.1093/clipsy/8.4.520
- Waszczuk, M. A., Zimmerman, M., Ruggero, C., Li, K., MacNamara, A., Weinberg, A., Hajcak, G., Watson, D., & Kotov, R. (2017). What do clinicians treat: Diagnoses or symptoms? The incremental validity of a symptom-based, dimensional characterization of emotional disorders in predicting medication prescription patterns. *Comprehensive psychiatry*, 79, 80–88. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.04.004>
- Watson D. (2003). Investigating the construct validity of the dissociative taxon: stability analyses of normal and pathological dissociation. *Journal of abnormal psychology*, 112(2), 298–305. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.112.2.298>

- Watson, D., Clark, L. A., & Chmielewski, M. (2008). Structures of personality and their relevance to psychopathology: II. Further articulation of a comprehensive unified trait structure. *Journal of Personality*, 76, 1545–1585.
- Watson, D., Stasik, S. M., Ro, E., & Clark, L. A. (2013). Integrating normal and pathological personality: Relating the DSM–5 trait dimensional model to general traits of personality. *Assessment*, 20(3), 312–326
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2), 219–235. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.219>
- Watters, C. A., & Bagby, R. M. (2018). A meta-analysis of the five-factor internal structure of the Personality Inventory for DSM-5. *Psychological assessment*, 30(9), 1255–1260. <https://doi.org/10.1037/pas0000605>
- Waugh, M. H., Hopwood, C. J., Krueger, R. F., Morey, L. C., Pincus, A. L., & Wright, A. G. C. (2017). Psychological Assessment with the *DSM-5* Alternative Model for Personality Disorders: Tradition and Innovation. *Professional psychology, research and practice*, 48(2), 79–89. <https://doi.org/10.1037/pro0000071>
- Weir, J. P. (2005). Quantifying Test-Retest Reliability Using the Intraclass Correlation Coefficient and the SEM. *The Journal of Strength and Conditioning Research*, 19(1), 231. doi:10.1519/15184.1
- Weisberg, Y. J., Deyoung, C. G., & Hirsh, J. B. (2011). Gender Differences in Personality across the Ten Aspects of the Big Five. *Frontiers in psychology*, 2, 178. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00178>

- Weiss, B., Süsler, K., & Catron, T. (1998). Common and specific features of childhood psychopathology. *Journal of abnormal psychology, 107*(1), 118–127.  
<https://doi.org/10.1037//0021-843x.107.1.118>
- Westen, D., & Shedler, J. (2000). A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-V. *Journal of personality disorders, 14*(2), 109–126.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.2.109>
- Whittaker, T. A. (2012). Using the Modification Index and Standardized Expected Parameter Change for Model Modification. *The Journal of Experimental Education, 80*(1), 26–44.  
<https://www.jstor.org/stable/26594341>
- WHO (1992) ICD-10: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (Copenhagen, World Health Organization)
- Widiger, T. A. (1993). The *DSM-III—R* categorical personality disorder diagnoses: A critique and an alternative. *Psychological Inquiry, 4*(2), 75–90.  
[https://doi.org/10.1207/s15327965pli0402\\_1](https://doi.org/10.1207/s15327965pli0402_1)
- Widiger TA. (1998). Psychopathy and normal personality. In *Psychopathy: Theory, Research, and Implications for Society*, ed. DJ Cooke, AE Forth, RD Hare, pp. 47–68. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer
- Widiger, T. A. (2002). Values, politics, and science in the construction of the DSMs. In J. Sadler (Ed.), *Descriptions and prescriptions: Values, mental disorders, and the DSMs* (pp. 25-41). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

- Widiger, T. A. (2004). Overview of Models of Psychopathology. In J. C. Thomas & M. Hersen (Eds.), *Psychopathology in the workplace: Recognition and adaptation* (p. 9–24). Brunner-Routledge.
- Widiger, T. A. (2005). A Dimensional Model of Psychopathology. *Psychopathology*, 38(4), 211–214. doi:10.1159/000086094
- Widiger T. A. (2007). Dimensional models of personality disorder. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(2), 79–83.
- Widiger TA, editor. The Oxford handbook of the five-factor model. New York: Oxford University Press; 2017.
- Widiger, T. A., & Crego, C. (2019). The Five Factor Model of personality structure: an update. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(3), 271–272. <https://doi.org/10.1002/wps.20658>
- Widiger, T. A., & Crego, C. (2019). *HiTOP* thought disorder, *DSM-5* psychoticism, and five factor model openness. *Journal of Research in Personality*, 80, 72–77. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2019.04.008>
- Widiger T. A., Gore W. L., Crego C., Rojas S. L., Oltmanns J. R. (2017). Five factor model and personality disorder. In Widiger T. A. (Ed.). *The Oxford handbook of the five-factor model* (pp. 449–478). New York, NY: Oxford University Press.
- Widiger, T. A., Bach, B., Chmielewski, M., Clark, L. A., DeYoung, C., Hopwood, C. J., Kotov, R., Krueger, R. F., Miller, J. D., Morey, L. C., Mullins-Sweatt, S. N., Patrick, C. J., Pincus, A. L., Samuel, D. B., Sellbom, M., South, S. C., Tackett, J. L., Watson, D., Waugh, M. H., Wright, A. G. C., ... Thomas, K. M. (2019). Criterion A of the AMPD in

- HiTOP. *Journal of personality assessment*, 101(4), 345–355.  
<https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1465431>
- Widiger, T. A., & McCabe, G. A. (2020). The Alternative Model of Personality Disorders (AMPD) from the Perspective of the Five-Factor Model. *Psychopathology*, 53(3-4), 149–156. <https://doi.org/10.1159/000507378>
- Widiger, T. A., & Clark, L. A. (2000). Toward DSM—V and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 126(6), 946–963. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.6.946>
- Widiger, T. A., & Costa, P. T., Jr (2012). Integrating normal and abnormal personality structure: the Five-Factor Model. *Journal of personality*, 80(6), 1471–1506.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2012.00776.x>
- Widiger, T. A., & Costa, P. T., Jr. (2002). Five-factor model personality disorder research. In P. T. Costa, Jr. & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp. 59–87). American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/10423-005>
- Widiger, T. A., & Costa, P. T., Jr. (Eds.). (2002). *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed.). American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/13939-000>
- Widiger, T. A., & Frances, A. (1985). The DSM-III personality disorders: Perspectives from psychology. *Archives of General Psychiatry*, 42, 615- 623.
- Widiger, T.A. & Frances, A.J. (1994). Toward a dimensional model for the personality disorders. In P. T. Costa & T. A. Widiger (Eds.) *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp.19–39). Washington, DC: American Psychological Association.

- Widiger, T. A., Frances, A. J., Pincus, H. A., & Davis, W. W. (1990). DSM-IV literature reviews: Rationale, process, and limitations. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *12*(3), 189–202. <https://doi.org/10.1007/BF00960617>
- Widiger, T. A., Frances, A., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (1988). The DSM-III-R personality disorders: an overview. *The American journal of psychiatry*, *145*(7), 786–795. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.7.786>
- Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Clark, L. A. (2009). An integrative dimensional classification of personality disorder. *Psychological Assessment*, *21*(3), 243–255. <https://doi.org/10.1037/a0016606>
- Widiger, T. A., & Mullins-Sweatt, S. N. (2005). Categorical and Dimensional Models of Personality Disorders. In J. M. Oldham, A. E. Skodol, & D. S. Bender (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders* (pp. 35–53). American Psychiatric Publishing, Inc..
- Widiger, T. A., & Mullins-Sweatt, S. N. (2010). Clinical utility of a dimensional model of personality disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*, *41*(6), 488–494. <https://doi.org/10.1037/a0021694>
- Widiger, T.A., & Oltmanns, J.R. (2017). Neuroticism is a fundamental domain of personality with enormous public health implications. *World Psychiatry*, *16*: 144-145. <https://doi.org/10.1002/wps.20411>
- Widiger, T. A., & Rogers, J. H. (1989). Prevalence and comorbidity of personality disorders. *Psychiatric Annals*, *19*(3), 132–136. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19890301-07>



- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders--fifth edition. *Journal of abnormal psychology, 114*(4), 494–504. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.494>
- Widiger, T. A., Sellbom, M., Chmielewski, M., Clark, L. A., DeYoung, C. G., Kotov, R., Krueger, R. F., Lynam, D. R., Miller, J. D., Mullins-Sweatt, S., Samuel, D. B., South, S. C., Tackett, J. L., Thomas, K. M., Watson, D., & Wright, A. G. C. (2019). Personality in a Hierarchical Model of Psychopathology. *Clinical Psychological Science, 7*(1), 77–92. <https://doi.org/10.1177/2167702618797105>
- Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders, 19*(2), 110–130. <https://doi.org/10.1521/pedi.19.2.110.62628>
- Widiger, T. A., Simonsen, E., Krueger, R., Livesley, W. J., & Verheul, R. (2005). Personality disorder research agenda for the DSM-V. *Journal of personality disorders, 19*(3), 315–338. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.3.315>
- Widiger, T. A., & Smith, G. T. (2008). Personality and psychopathology. In O. P. John, R. Robins, & L. A. Pervin (Eds.). *Handbook of Personality: Theory and Research* (3rd ed., pp. 743-769) Guilford Press, New York, NY.
- Widiger T. A., Trull T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist, 62*, 71–83.
- Widiger, T. A., Trull, T. J., Hurt, S. W., Clarkin, J., & Frances, A. (1987). A multidimensional scaling of the *DSM-III* personality disorders. *Archives of General Psychiatry, 44*(6), 557–563. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800180077012>

- Wiggins JS, Pincus A. 1989. Conceptions of personality disorder and dimensions of personality. *Psychol. Assess.* 1:305–16
- Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A., Singh, S., . . . Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: A global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 216(2), 69-78.  
doi:10.1192/bjp.2019.166
- Wright, A. G. C., & Simms, L. J. (2014). On the structure of personality disorder traits: Conjoint analyses of the CAT-PD, PID-5, and NEO-PI-3 trait models. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(1), 43–54. <https://doi.org/10.1037/per0000037>
- Wright, A. G. C., Thomas, K. M., Hopwood, C. J., Markon, K. E., Pincus, A. L., & Krueger, R. F. (2012). The hierarchical structure of DSM-5 pathological personality traits. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 951–57
- Xiao, Y., Liu, H., & Hau, K.-T. (2019). A comparison of CFA, ESEM, and BSEM in test structure analysis. *Structural Equation Modeling*, 26(5), 665–677.  
<https://doi.org/10.1080/10705511.2018.1562928>
- Zatti, C., Oliveira, S. E. S., Guimarães, L. S. P., Calegari, V. C., Benetti, S. P. D. C., Serralta, F. B., & Freitas, L. H. M. (2020). Translation and cultural adaptation of the DSM-5 Personality Inventory - Brief Form (PID-5-BF). *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 42(4), 291–301. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0073>
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 225-245.
- Zimmermann, J., Böhnke, J. R., Eschstruth, R., Mathews, A., Wenzel, K., & Leising, D. (2015). The latent structure of personality functioning: Investigating criterion a from the

alternative model for personality disorders in DSM–5. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(3), 532–548. <https://doi.org/10.1037/abn0000059>

Ζερβής, Χ., (1996). *Ψυχοπαθολογία του Ενήλικα*. Αθήνα, Ηλεκτρονικές Τέχνες.

Ζερβής, Χ., (2003). *Η ψυχοπαθολογία του ενήλικα*, Αθήνα, Ηλεκτρονικές Τέχνες

Μάνος, Ν., (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη, University Studio Press.

Χριστοπούλου, Α., (2008). *Εισαγωγή στην Ψυχοπαθολογία του Ενήλικα*, Αθήνα, Τόπος

Γραμμενίδης, Σ., Δημητρούλια, Ξ., Κουρδής, Ε., Λουπάκη, Ε., Φλώρος, Γ. 2015. Η Ιδεολογική διάσταση της μετάφρασης. [Κεφάλαιο Συγγράμματος]. Στο Γραμμενίδης, Σ., Δημητρούλια, Ξ., Κουρδής, Ε., Λουπάκη, Ε., Φλώρος, Γ. 2015. *Διεπιστημονικές προσεγγίσεις της μετάφρασης*. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. κεφ 6. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/3905>

## Παράρτημα

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ



Αξιότιμε/η κύριε/α,

Με την παρούσα επιστολή θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας που καλείστε να συμμετέχετε, είναι η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην προσωπικότητα και τον τρόπο που αισθανόμαστε, σκεπτόμαστε και συμπεριφερόμαστε στις καθημερινές σχέσεις με τους γύρω μας, καθώς και γενικότερα στον τρόπο ζωής μας.

Μέσα από αυτή τη μελέτη, στοχεύουμε να δώσουμε απαντήσεις σχετικά με το εάν και κατά πόσο διάφορες πτυχές της προσωπικότητας επηρεάζουν τη συμπεριφορά ατόμων σε διάφορους τομείς, τόσο στην προσωπική, όσο και στην κοινωνική ζωή, καθώς επίσης και ποια είναι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που αναδεικνύονται μέσα από αυτές τις συμπεριφορές.

Αναφορικά με τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου, θα θέλαμε να τονίσουμε ότι **αυτό το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται εθελοντικά.** Όλες οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές και η **ταυτότητά σας θα παραμείνει ανώνυμη.** Δεν θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε κανένα στοιχείο από το οποίο θα προκύπτει η ταυτότητά σας ούτε θα συμπληρωθεί ένα τέτοιο στοιχείο αργότερα. Η διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου διαρκεί περίπου 35 λεπτά. **Τέλος, η συμπλήρωση και η επιστροφή του ερωτηματολογίου, αποτελεί την αποδοχή σας να συμμετάσχετε στην έρευνα.**

Σας ευχαριστούμε προκαταβολικά για τη βοήθεια σας.

Κρατήστε αυτό το γράμμα στο αρχείο σας. Αν έχετε οποιαδήποτε απορία αναφορικά με αυτή την έρευνα, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον κ. Χριστόφορο Θωμαδάκη, Υπ. Διδάκτορα Πανεπιστημίου Κρήτης, [christthomad@gmail.com](mailto:christthomad@gmail.com), ή με τον υπεύθυνο της έρευνας: Δρ. Ιωάννη Τσαούση, Αναπληρωτή Καθηγητή του Τμήματος Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Πανεπιστημιούπολη Γάλλου, Ρέθυμνο, 74100, [tsaousis@uoc.gr](mailto:tsaousis@uoc.gr).

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία.



## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Εγώ, ο/η .....

δηλώνω τη συγκατάθεση για τη συμμετοχή μου στην έρευνα που ακολουθεί, καθώς και τη διαχείριση του υλικού του προσωπικού ιατρικού μου φακέλου με πλήρη κατανόηση πως μπορώ να αποσυρθώ οποιαδήποτε στιγμή χωρίς να δώσω εξηγήσεις.

Εάν αποσυρθώ από την έρευνα, τα δεδομένα που θα έχω υποβάλει ή θα έχουν τύχει επεξεργασίας από τον ερευνητή, θα αποσυρθούν μετά από αίτησή μου. Έχω λάβει πληροφοριακό έντυπο, στο οποίο εξηγείται το τι συνεπάγεται η έρευνα και τι προσδοκείται από εμένα.

**Κατανόω πως οι πληροφορίες που θα υποβάλω θα είναι εμπιστευτικές, και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για αυτήν την έρευνα.** Έχω διαβάσει και κατανοήσει τις παραπάνω πληροφορίες.

**Συμφωνώ / Δεν συμφωνώ** να συμμετάσχω σε αυτήν την έρευνα.

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

Ερευνητής: Χριστόφορος Θωμαδάκης

Email επικοινωνίας: [christthomad@gmail.com](mailto:christthomad@gmail.com)

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Παρακάτω ακολουθεί ένας κατάλογος από προτάσεις για το πώς διαφορετικοί άνθρωποι σκέφτονται, νιώθουν και συμπεριφέρονται στην καθημερινότητά τους. Παρακαλούμε, αφού διαβάσετε προσεκτικά τις παρακάτω προτάσεις και χρησιμοποιώντας την απαντητική κλίμακα που ακολουθεί, μαυρίστε πλήρως τον αριθμό της απάντησης στο απαντητικό φύλλο που σας δίνεται. Μας ενδιαφέρει να περιγράψετε τον εαυτό σας όσο πιο ειλικρινά μπορείτε, γνωρίζοντας ότι οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν εμπιστευτικές και ανώνυμες.

**ΠΡΟΣΟΧΗ!** Στο ερωτηματολόγιο έχουν χρησιμοποιηθεί τεχνικές ανίχνευσης προσποίησης. Σε περίπτωση διαπίστωσης τέτοιου απαντητικού, δε θα λαμβάνεται υπόψη η αξιοποίησή του και θα απορρίπτεται.

Προσπαθήστε να απαντήσετε αυθόρμητα, χωρίς να αναλώνετε πολύ ώρα για την κάθε πρόταση. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις.

Παρακαλούμε στο τέλος, βεβαιωθείτε ότι έχετε απαντήσει σε **ΟΛΕΣ** τις ερωτήσεις.

1= καθόλου αντιπροσωπευτικό	2= ελάχιστα αντιπροσωπευτικό	3= μέτρια αντιπροσωπευτικό
4= αρκετά αντιπροσωπευτικό	5= πολύ αντιπροσωπευτικό	

1.	Είμαι διαρκώς σε επαγρύπνηση μήπως κάτι συμβεί
2.	Μου είναι εύκολο να γίνω κακός όταν χρειάζεται
3.	Δεν είμαι και τόσο εκδηλωτικός-ή με τα συναισθήματά μου
4.	Τρομάζω στην ιδέα ότι θα μείνω χωρίς κάποιον που να με νοιάζεται
5.	Διακόπτω τις σχέσεις μου όταν νιώθω ότι αυτές γίνονται στενές
6.	Επιδιώκω την επαφή με τους άλλους ανθρώπους
7.	Αξίζω το θαυμασμό των ανθρώπων γύρω μου
8.	Ξέρω πώς να παίρνω αυτό που θέλω πολύ καλά
9.	Είχα πάντα δυσκολία να μείνω για πολύ ώρα συγκεντρωμένος σε ένα πράγμα
10.	Μπορώ να καταλάβω πράγματα που είναι ανεξήγητα για τους άλλους
11.	Οι φίλοι μου πολλές φορές λένε ότι είμαι ανέκφραστος-η
12.	Πιστεύω ότι η ζωή μου είναι πιο μίζερη από των άλλων ανθρώπων
13.	Προτιμώ να μη δεσμεύομαι συναισθηματικά
14.	Άνθρωποι σαν εμένα είναι μοναδικοί
15.	Έχω τον τρόπο μου να παίρνω αυτό που θέλω
16.	Η προσοχή μου διασπάται εύκολα από άλλα πράγματα
17.	Συχνά μου λένε ότι ο τρόπος που σκέφτομαι είναι πολύ ιδιόρρυθμος
18.	Συχνά έχω σκέψεις που βγάζουν νόημα μόνο σε μένα και σε κανέναν άλλο
19.	Οι δικόι μου λένε, ότι ανησυχώ υπερβολικά
20.	Οι καυγάδες είναι για εμένα ένας τρόπος επίλυσης των διαφορών μου με τους άλλους
21.	Μου είναι εύκολο να μείνω ανέκφραστος-η, ακόμα και όταν οι άλλοι γύρω μου δείχνουν τα συναισθήματά τους
22.	Σχεδόν ποτέ δεν αισθάνομαι χαρούμενος-η
23.	Είναι πολλοί αυτοί που θέλουν να με εκμεταλλευτούν
24.	Κάνω ό,τι μπορώ για να έχω το ενδιαφέρον των άλλων

25.	Μου είναι εύκολο να συμπεριφερόμαι με αδιαφορία και απάθεια
26.	Έχω καταφέρει πολύ περισσότερα πράγματα από όλους όσους γνωρίζω
27.	Θα χρησιμοποιούσα κάποιον για να κερδίσω κάτι
28.	Συνήθως αφαιρούμαι, γιατί πάντα κάτι άλλο μου τραβάει την προσοχή
29.	Πρέπει να ολοκληρώνω τέλεια τα πράγματα που μου ζητούν να αναλάβω
30.	Οι σκέψεις μου έχουν σίγουρα μια διαφορετικότητα από τις σκέψεις των άλλων ανθρώπων
31.	Υπάρχουν φορές που δε μπορώ να ελέγξω τι σκέφτομαι
32.	Υπάρχουν άνθρωποι που μπορούν να ελέγχουν το μυαλό άλλων ανθρώπων
33.	Έχω μια μόνιμη αγωνία για το οτιδήποτε συμβαίνει γύρω μου
34.	Κάποιες φορές εκεί που γελάω, αρχίζω να κλαίω, επειδή σκέφτηκα κάτι έντονο
35.	Μου είναι δύσκολο να συγκρατήσω τα νεύρα μου, όταν με προκαλούν
36.	Πολλές φορές σκέφτομαι με έναν τρόπο, όπου οι ίδιες και ίδιες σκέψεις κυκλοφορούν στο μυαλό μου
37.	Συχνά οι άνθρωποι μου λένε ότι δε λέω ό,τι νιώθω
38.	Κρατάω τις αποστάσεις μου από σχέσεις που απαιτούν δέσμευση
39.	Νιώθω όμορφα όταν οι άλλοι ασχολούνται μαζί μου
40.	Μπορώ να υποκριθώ με τρόπο, αν πρόκειται να κερδίσω κάτι
41.	Κάνεις δεν μπορεί να συγκριθεί μαζί μου σύμφωνα με αυτά που έχω καταφέρει
42.	Μου είναι δύσκολο να επικεντρωθώ σε κάτι για πολύ ώρα
43.	Μου είναι πολύ δύσκολο να αναλάβω κάτι με υπευθυνότητα
44.	Ακόμα και αν τα έχω κάνει όλα τέλεια, πάντα προσπαθώ να δω αν μπορούν να γίνουν καλύτερα
45.	Δε μου αρέσουν τα σπορ και οι δραστηριότητες υψηλού ρίσκου
46.	Δε μπορώ να το εξηγήσω πως από τη μια στιγμή στην άλλη μπορεί να αλλάξει η διάθεση μου
47.	Δε συγκινούμαι εύκολα με ό,τι μου λένε οι φίλοι μου
48.	Ανησυχώ πολύ ότι θα μείνω μόνος-η
49.	Προτιμώ να είμαι μόνος μου παρά σε σχέσεις που απαιτούν δέσμευση
50.	Πολλές φορές δεν σκέφτομαι πριν μιλήσω
51.	Οι περισσότεροι φίλοι μου με θεωρούν ανεύθυνο-η
52.	Δε θεωρώ μια εργασία ολοκληρωμένη, αν δεν είναι άψογη από κάθε άποψη
53.	Δεν είμαι τύπος που ρισκάρει
54.	Μου έχουν πει ότι κάποιες σκέψεις μου είναι τελείως ακατανόητες στους άλλους
55.	Μπορώ να καταλάβω τι σκέφτεται ο άλλος για εμένα
56.	Οι φίλοι μου λένε ότι δεν περνάω καλά, επειδή σκέφτομαι διαρκώς τα προβλήματα μου
57.	Γενικά πιστεύω ότι αλλάζω εύκολα διάθεση, χωρίς να το πολυσκέφτομαι
58.	Αρκετές φορές συζητάω με τον εαυτό μου τα ίδια και ίδια πράγματα
59.	Οι άλλοι άνθρωποι όταν με γνωρίζουν, με αποκαλούν ψυχρό-ή
60.	Ενώ παλιά υπήρχαν πράγματα που με ευχαριστούσαν, τώρα δε βρίσκω κάτι να με συγκινεί
61.	Είμαι μια αποτυχία
62.	Μπορώ να επωφεληθώ από τις ιστορίες που κατασκευάζω με μαεστρία, χωρίς κανείς να με καταλάβει
63.	Μπορώ να κάνω τους ανθρώπους να μου κάνουν τα χατίρια μου
64.	Γενικά θα έλεγα ότι παρασύρομαι εύκολα από τον αυθορμητισμό μου
65.	Πρέπει, ό,τι κάνω να είναι τέλειο, αλλιώς δεν αξίζει
66.	Αν κάτι έχει υψηλό ρίσκο, προτιμώ να μην το κάνω
67.	Πολλοί πιστεύουν ότι είμαι εκκεντρικός-ή
68.	Όταν είμαι με κόσμο, μπορώ και μαντεύω με το μυαλό μου τις σκέψεις τους που δε μου λένε
69.	Πιστεύω ότι αν δεν ανησυχώ, είμαι αναισθητός-η

70.	Μέσα στην ημέρα έχω διάφορα συναισθηματικά «σκαμπανεβάσματα»
71.	Είμαι άτομο που θυμώνει εύκολα
72.	Δε θέλω να δείχνω τα συναισθήματα μου
73.	Η σκέψη ότι θα μείνω μόνος-η με κάνει να τρέμω
74.	Προτιμώ να συμφωνώ εύκολα με τους άλλους ανθρώπους, για να μην έχω προβλήματα
75.	Μου είναι δύσκολο να βρω κάτι να κάνω με ευχαρίστηση
76.	Νιώθω μια διαρκή λύπη για τον εαυτό μου
77.	Έχω βάσιμες υποψίες ότι ακόμα και οι φίλοι μου, με προδίδουν
78.	Προτιμώ να κρατάω αποστάσεις από στενές επαφές και φιλίες
79.	Μου αρέσει να με προσέχουν, ακόμα και αν δεν κάνω κάτι σημαντικό
80.	Έχω ξεγελάσει ανθρώπους στο παρελθόν, αφού έχω τον τρόπο να το κάνω και να μη με καταλαβαίνουν
81.	Πολλές φορές ξοδεύω πολύ χρόνο να σκέφτομαι κάτι, επειδή μου είναι δύσκολο να συγκεντρωθώ
82.	Επιμένω να κάνω τα πράγματα με τον πιο τέλειο τρόπο
83.	Μπορώ να επηρεάσω τις σκέψεις των άλλων
84.	Μερικές φορές νομίζω ότι θα σκάσω από την αγωνία
85.	Είναι μέρες που, χωρίς να μπορώ να το εξηγήσω, η διάθεση μου αλλάζει απότομα
86.	Πραγματικά γίνομαι έξαλλος όταν ότι οι άλλοι προσπαθούν να μου κάνουν τον έξυπνο
87.	Δεν είμαι άνθρωπος που εκδηλώνω κάθε λίγο και λιγάκι το τί αισθάνομαι
88.	Νιώθω να μην απολαμβάνω τη ζωή μου
89.	Δε μου αρέσει να νιώθω τον άλλον-η πολύ κοντά μου
90.	Έχω διαπιστώσει ότι πραγματική φιλία χωρίς προσωπικό όφελος δεν υπάρχει
91.	Αποφεύγω τις πολλές φιλικές συγκεντρώσεις
92.	Θα κάνω ό,τι περνάει από το χέρι μου για να περάσει το δικό μου
93.	Δε μπορώ να μείνω για ώρα συγκεντρωμένος-η σε μια εργασία
94.	Δε σταματώ να κάνω ό,τι καλύτερο μπορώ, αφού μπορώ να καταφέρω το τέλειο
95.	Αποφεύγω να μπαίνω μπροστά σε καταστάσεις ρίσκου
96.	Οι φίλοι μου, μου λένε ότι σκέφτομαι εντελώς αντισυμβατικά
97.	Μπορεί να λένε οι άλλοι ότι ανησυχώ υπερβολικά, αλλά έτσι λειτουργώ καλύτερα
98.	Και μόνο η ιδέα ότι θα με εγκαταλείψουν οι κοντινοί μου άνθρωποι, με αγχώνει
99.	Προσπαθώ να ικανοποιώ τους άλλους γύρω μου, για να μην ακούω την γκρίνια τους
100.	Νομίζω ότι δε με ευχαριστεί τίποτα πια μέσα στη μέρα
101.	Δεν μου αρέσουν οι πολύ κοντινές σχέσεις
102.	Είναι σίγουρο ότι θα στη «φέρουν» ακόμα και οι πιο καλοί σου φίλοι
103.	Δε χρειάζεται να έχω πολλές σχέσεις με άλλους ανθρώπους
104.	Προσπαθώ να ξεχωρίζω μέσα σε μια παρέα
105.	Θα μπορούσα να εξαπατήσω κάποιον και να μη με καταλάβει κανείς
106.	Γενικά θα με χαρακτηρίζα παρορμητικό άτομο
107.	Πάντα θυμάμαι να έχω μια συμπεριφορά που έκανε τους άλλους να με κοιτάνε περίεργα
108.	Ωρες- ώρες δεν έχω κανέναν έλεγχο του τί σκέφτομαι
109.	Έχω επαφές με τις σκέψεις των άλλων ανθρώπων μόνο και μόνο επειδή έχω τέτοια ικανότητα
110.	Πολλές φορές δυσκολεύομαι να καταλάβω γιατί αλλάζει απότομα η διάθεση μου
111.	Δεν έχω πρόβλημα να αλλάξω γνώμη επειδή το θέλουν οι άλλοι
112.	Πιστεύω ότι αν άφηνα τους άλλους ανθρώπους, θα με χρησιμοποιούσαν
113.	Δε θέλω πολλά-πολλά με τους άλλους γύρω μου
114.	Μου είναι εξαιρετικά δυσάρεστο να περνάω απαρατήρητος-η



115.	Μπορώ και παραποιώ την αλήθεια προς όφελος μου
116.	Ξέρω ότι διαφέρω λόγω των μοναδικών προσόντων μου από όλους τους άλλους
117.	Χρησιμοποιώ διάφορους τρόπους, για να ικανοποιήσω τα θέλω μου
118.	Συνήθως «δε σκέφτομαι» πριν πω ή κάνω κάτι
119.	Κάποιες φορές, όταν μιλάω στους άλλους, ακούγομαι αλλόκοτος-η
120.	Τις περισσότερες φορές τα βράδια που ξαπλώνω, το μυαλό μου δε σταματάει να σκέφτεται διάφορα
121.	Όταν μένω μόνος-η μου για κάποιο διάστημα, νιώθω πολύ άσχημα
122.	Θα αλλάξω άποψη για ένα θέμα προκειμένου να μη φανεί ότι έχω αντιρρήσεις
123.	Δεν είμαι άξιος-α να με αγαπάει ο κόσμος
124.	Δε θέλω να δεσμεύομαι συναισθηματικά
125.	Είναι ωραίο να μιλάνε συνέχεια οι άλλοι μόνο για εμένα
126.	Υπάρχουν φορές που χρειάζεται να ελιχθώ με πονηριά για να καταφέρω κάτι
127.	Με ό,τι και αν καταπιάνομαι, είμαι καλύτερος-η από τον καθέναν
128.	Δε μου αρέσει να έχω πολλές ευθύνες στη δουλειά μου
129.	Έχω συχνά ανεξήγητες και παράξενες σκέψεις για τα πράγματα γύρω μου
130.	Υπάρχουν φορές που με πιάνουν τα κλάματα έτσι στα ξαφνικά, χωρίς λόγο
131.	Σκέφτομαι ότι μια μέρα θα μείνω μόνος-η στη ζωή και αυτό με φοβίζει
132.	Είμαι σίγουρος-η ότι ακόμα και ο καλύτερος φίλος μου θα με πρόδιδε για το συμφέρον του
133.	Δε χρειάζεται να έχω πολλά πάρε-δώσε με τους ανθρώπους γύρω μου
134.	Είναι φορές που δε μπορώ να ελέγξω το πόσο αυθόρμητα αντιδρώ
135.	Δε θέλω να μου αναθέτουν πράγματα με υποχρεώσεις
136.	Μονίμως έχω το μυαλό μου απασχολημένο με διάφορα πράγματα και σκέψεις
137.	Μου είναι δύσκολο να μιλήσω για τα συναισθήματά μου
138.	Αγχώνομαι μόνο και στην ιδέα ότι κάποιες φορές πρέπει να μείνω μόνος-η
139.	Προτιμώ να μην κάνω πάντα αυτά που θέλω, για να μην προκαλώ
140.	Ό,τι κάνω, νιώθω να μην έχει κανένα νόημα
141.	Επιδιώκω να μην έχω πολλές φίλιες
142.	Οι δικοί μου άνθρωποι με θεωρούν ψυχρό άτομο
143.	Είναι στο χαρακτήρα μου να κάνω πράγματα αυθόρμητα
144.	Δε με απασχολεί το αν θα κάνω τις δουλειές μου στην ώρα τους
145.	Δεν είμαι άνθρωπος του ρίσκου
146.	Οι φίλοι μου, μου λένε ότι ξεχωρίζω για τον ιδιαίτερο τρόπο σκέψης μου
147.	Πολλές φορές συζητάω για πράγματα που έχουν συμβεί πριν καιρό, παρόλο που οι άλλοι τα θεωρούν πλέον ασήμαντα
148.	Έχω πιάσει τον εαυτό μου να σκέφτεται, ότι δεν ευχαριστιέται με τίποτα πια
149.	Νιώθω πως ό,τι κάνω, είναι μάταιο
150.	Μένω μακριά από δουλειές που απαιτούν προσωπική ευθύνη
151.	Είναι επικίνδυνο να μπλέκεσαι σε καταστάσεις με υψηλό ρίσκο
152.	Πιστεύω ότι ο τρόπος που συμπεριφέρομαι είναι για κάποιους εντελώς ανεξήγητος
153.	Όταν με προκαλέσει κάποιος έχει κακά ξεμπερδέματα μαζί μου
154.	Συχνά ξανασκέφτομαι για μέρες συζητήσεις και πράγματα προηγούμενων εβδομάδων
155.	Κάνω ότι μου λένε οι άλλοι και έτσι δεν ενοχλώ κανένα
156.	Δεν παίρνω καμιά χαρά από τους γύρω μου
157.	Γνωρίζω ότι η ψυχρότητα είναι κομμάτι του χαρακτήρα μου
158.	Είναι δύσκολο να κρατήσω το μυαλό μου συγκεντρωμένο για μεγάλο χρονικό διάστημα

<b>159.</b>	Πιστεύω ότι ενεργώ εντελώς παρορμητικά
<b>160.</b>	Θεωρώ άκρως επικίνδυνα τα σπορ που δοκιμάζουν τα όριά σου

**Τέλος Ερωτηματολογίου**