



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σχολή Επιστημών Υγείας

Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ψυχωτικές εμπειρίες σε εφήβους με ιστορικό τραύματος

Μυλωνά Σαββίνα

A.M.20160621

Επιβλέπων: Κολαΐτης Γεράσιμος , Καθηγητής ΕΚΠΑ

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Κολαΐτης Γ., Καθηγητής ΕΚΠΑ

Κόλλιας Κ., Αναπληρωτής Καθηγητής ΕΚΠΑ

Παπανικολάου Α., Αναπληρώτρια Καθηγήτρια ΕΚΠΑ

ΑΘΗΝΑ,

Μάιος, 2019

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Πίνακας Περιεχομένων.....	1
Πρόλογος- Ευχαριστίες.....	2
Περίληψη.....	3
Εισαγωγή.....	5
Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	7
Κεφάλαιο 1: Ψυχωτικές εμπειρίες	
1.1 Ορισμός.....	7
1.2 Επιδημιολογικά δεδομένα.....	8
1.3 Κλινική σημασία.....	9
1.3.1 Ψυχωσικές διαταραχές.....	9
1.3.2 Κατάθλιψη- αυτοκτονικότητα- χρήση ουσιών.....	11
1.3.3 Λειτουργικότητα.....	12
1.4 Παράγοντες κινδύνου.....	13
Κεφάλαιο 2: Τραύμα	
2.1 Ορισμός.....	17
2.2 Επιδημιολογικά δεδομένα	18
2.3 Κλινική σημασία.....	20
Κεφάλαιο 3: Το τραύμα και η σχέση του με τις ψυχωτικές εμπειρίες.....	23
Κεφάλαιο 4: Γνωσιακοί μηχανισμοί ως διαμεσολαβητές της σχέσης.....	27
Κεφάλαιο 5: Σκοπός- Στόχοι-Υποθέσεις της έρευνας.....	29
Μεθοδολογία	31
Αποτελέσματα.....	42
Συζήτηση- Συμπεράσματα	76
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	84
Παράρτημα.....	107

ΠΡΟΛΟΓΟΣ- ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ:

Στην πορεία αυτής της εργασίας, συνάντησα και συνεργάστηκα με ανθρώπους που με ενέπνευσαν με τη διάθεσή τους για προσφορά και στάθηκαν με ενδιαφέρον και σταθερότητα, αρωγοί στην προσπάθειά μου. Ευχαριστώ τους Υπευθύνους και όλο το προσωπικό στις δομές: Παιδόπολη «Αγία Βαρβάρα», Παιδικά χωρία ΣΟΣ Βάρης, Πλαγιαρίου, Θράκης και ίδρυμα «Χατζηκώνστα». Κίνητρο, όχι μόνο για την παρούσα εργασία αλλά και για την επιλογή ζωής, που συνιστά η επιλογή της ειδικότητας της Παιδοψυχιατρικής, ήταν το ενδιαφέρον μου για τον κόσμο των παιδιών και τις δυσκολίες που συναντούν στην περιπετειώδη πορεία τους προς την ενηλικίωση. Έτσι, δεν θα μπορούσα να μην ευχαριστήσω όλα τα παιδιά που με βοήθησαν στην εργασία αυτή και μοιράστηκαν μαζί μου τις εμπειρίες τους με ειλικρίνεια και θάρρος, μερικές από αυτές μάλιστα τόσο δύσκολες που μένεις να θαυμάζεις και να ξαφνιάζεσαι με τη δύναμή τους να συνεχίζουν, μπροστά στην αναπόφευκτη πορεία του μεγάλωματος. Ευχαριστώ ακόμη τον Επόπτη μου, κύριο Γεράσιμο Κολαΐτη, Καθηγητή Παιδοψυχιατρικής και Διευθυντή του ΠΜΣ, που στήριξε και αγκάλιασε την ιδέα μου, όσο ανέφικτη κι αν φαινόταν και με βοήθησε πολυεπίπεδα, από το σχεδιασμό, μέχρι και την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας. Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω τους ανθρώπους της ζωής μου, την οικογένειά μου, το σύντροφό μου και τους φίλους μου, που ήταν κοντά μου στη δική μου περιπέτεια προς την ενηλικίωση και που παραμένουν κοντά μου όλες τις φορές που έχω ανάγκη να απομακρύνομαι μόνο και μόνο για να επιστρέφω πάλι κοντά τους.

“At first sight experience seems to bury us under a flood of external objects, pressing upon us with a sharp and importunate reality, calling us out of ourselves in a thousand forms of action”

Walter Pater

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή:Ο ρόλος του τραύματος στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας είναι πλέον επαρκώς τεκμηριωμένος βιβλιογραφικά. Το ερευνητικό ενδιαφέρον έχει μετατοπιστεί στο λεγόμενο «συνεχές της ψύχωσης», στο οποίο έχει προταθεί ότι ανήκουν και οι ψυχωτικές εμπειρίες, εμπειρίες υψηλής κλινικής σημασίας, αφού εκτός από ψύχωση φαίνεται να σχετίζονται και με άλλες ψυχιατρικές νοσολογικές οντότητες, όπως κατάθλιψη, αυτοκτονικότητα και πτωχή λειτουργικότητα. Σε αυτό το πλαίσιο, η μελέτη των παραγόντων κινδύνου για ψυχωτικές εμπειρίες καθώς και της σημασίας τους στο σχεδιασμό πρώιμων παρεμβάσεων προληπτικού χαρακτήρα, κρίνεται σημαντική.

Σκοπός:Σκοπός της παρούσας πρωτότυπης μελέτης, ήταν να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ τραύματος και ψυχωτικών εμπειριών και ο ρόλος της χρονιότητας των εμπειριών αυτών και της συνοδού δυσφορίας στη ψυχολογική επιβάρυνση των εφήβων.

Μέθοδος:Στη μελέτη συμμετείχαν 119 έφηβοι 12-18 ετών, 71 υπό ιδρυματική προστασία και 48 κοινοτικού δείγματος. Για τη διερεύνηση ψυχωτικών εμπειριών, χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο αυτοαναφοράς CAPE. Για την ανίχνευση τραυματικών εμπειριών, χρησιμοποιήθηκε εργαλείο αυτοαναφοράς που προέκυψε μετά από προσαρμογή της ημιδομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης K-SADS-PL και για την εκτίμηση συναισθηματικών δυσκολιών και λειτουργικότητας, χρησιμοποιήθηκε το SDQ-HeI.

Αποτελέσματα:Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι το τραύμα σχετίζεται ισχυρά με την εμφάνιση ψυχωτικών εμπειριών, στη θετική διάσταση, στη διάσταση της κατάθλιψης, αλλά και συνολικά, με το διαπροσωπικό τραύμα να εμφανίζει την ισχυρότερη συσχέτιση. Υπήρξαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας συχνότητας και δυσφορίας του CAPE και της συνολικής βαθμολογίας SDQ.

Συμπεράσματα:Το πλήθος των τραυματικών γεγονότων και η σοβαρότητα του τραυματισμού σχετίζονται με συχνότερες και πιο δυσφορικές ψυχωτικές εμπειρίες. Η χρονιότητα και η συνοδός δυσφορία από τις εμπειρίες αυτές συμβάλουν σημαντικά στη ψυχολογική επιβάρυνση των εφήβων. Προτείνεται στους ειδικούς ψυχικής υγείας που εξετάζουν εφήβους με συχνές και δυσφορικές ψυχωτικές εμπειρίες να διερευνούν την ύπαρξη τραυματικών γεγονότων και αντίστροφα, καθώς η πρώιμη παρέμβαση και αντιμετώπιση των συνεπειών του τραύματος σε εφήβους με ψυχωτικά φαινόμενα, θα μπορούσε να βελτιώσει τις μακροπρόθεσμες εκβάσεις αλλά και να βελτιώσει την απαντητικότητά τους σε μελλοντικές ψυχοπνευματικές καταστάσεις.

Λέξεις- Κλειδιά: ψυχωτικές εμπειρίες, έφηβοι, τραύμα

ABSTRACT

Background: The crucial role of trauma as a vulnerability factor in schizophrenia has been widely documented in the bibliography. Currently, there has been an exponential increase in efforts aimed at elucidating what has been termed the 'psychosis continuum' and encompasses a full range of psychotic symptom expressions from subclinical manifestations to the clinically significant psychotic experiences, which apart from psychosis seem to be related with other mental health issues as well (e.g., depression, suicidality, functioning impairment). In this context, examining the risk factors that contribute to the onset of psychotic experiences could be of great importance, as these factors could be the target for timely preventative interventions in mental health disorders.

Objective: The objective of this study was to examine a potential relationship between trauma and psychotic experiences and the potential role of persistence and distress caused by these experiences in the psychological burden for adolescents.

Methods: A total of 119 adolescents (12-18 years) met our inclusion criteria and participated in the study. The sample consisted of two groups: 71 participants were under institutional protection and 48 adolescents came from the community. A battery of 3 questionnaires was used: 1) The Community Assessment of Psychic Experience (CAPE), a self-report tool for the screening of the psychotic experiences, 2) a self-report tool that resulted after adaptation of K-SADS-PL, for the assessment of traumatic experiences, and 3) SDQ-HeI, for the evaluation of the emotional difficulties and the functioning.

Results: The results showed a strong correlation between trauma and psychotic experiences, whilst interpersonal trauma showed the strongest correlation. There were significant positive correlations between CAPE's total frequency and distress score and total SDQ score.

Conclusion: Traumatic events are strongly related with more frequent and distressful psychotic experiences. Besides, distress caused by these experiences as well as their persistence proved of vital importance as a psychological burden for adolescents. Mental health professionals should take seriously into account a history of traumatic events in adolescents' life, especially to those with frequent and distressing psychotic experiences and vice-versa. Appropriate early intervention could improve long-term outcomes as well as the response to future psychosocial conditions.

Key- words: psychotic experiences, trauma, adolescents

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας χωρίζονται σε δύο κύριες ομάδες: ποιοτικές και ποσοτικές διαταραχές. Οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες, θεωρούνται εμπειρίες που διαφέρουν ποιοτικά από το φάσμα των φυσιολογικών εμπειριών του ανθρώπου. Τα σύγχρονα συστήματα ταξινόμησης ICD-10 (WHO, 1992) και DSM-5 (APA, 2013), με βάση περιγραφικά, λειτουργικά και διαγνωστικά κριτήρια, απομακρύνθηκαν από το κλασικό μοντέλο ψυχοπαθολογίας. Σε αυτές τις ταξινομήσεις η διαφοροποίηση μεταξύ φυσιολογικής και παθολογικής ψυχικής κατάστασης δεν βασίζεται στον τύπο των συμπτωμάτων, αλλά στην ουδόσοβαρότητα των συμπτωμάτων, της προκαλούμενης δυσφορίας και της λειτουργικής έκπτωσης που προκύπτει. Σε αυτή τη γραμμή βασίζεται και η έρευνα που αφορά στο λεγόμενο «συνεχές της ψύχωσης» (Remberk, 2017).

Σε αυτό τον εκτεταμένο φαινότυπο της ψύχωσης, ανήκουν και οι ψυχωτικές εμπειρίες, υποκλινικές εμπειρίες που εμφανίζονται στο γενικό πληθυσμό με ποικίλες εκβάσεις, που κυμαίνονται από παροδικές και άνευ κλινικής σημασίας εμπειρίες, μέχρι την εκδήλωση διαταραχής ψυχωσικού φάσματος, κατάθλιψη, αυτοκτονικότητα και έκπτωση της λειτουργικότητας (DeVylder et al., 2015; Granö et al., 2015; Jeppesen et al., 2015; Kelleher et al., 2015; Martin et al., 2015; Pontillo et al., 2016; Sullivan et al., 2014; Sun et al., 2015). Κρίνεται λοιπόν σκόπιμο να προσδιοριστούν οι παράγοντες εκείνοι που καθιστούν τις ψυχωτικές εμπειρίες υψηλής κλινικής σημασίας και κινδύνου για μελλοντική ψυχοπαθολογία, αλλά και να προσδιοριστούν ενδεχόμενοι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τις ψυχωτικές εμπειρίες και θα μπορούσαν να αποτελέσουν χρήσιμο στόχο μελλοντικών παρεμβάσεων.

Σε αυτό το θεωρητικό πλαίσιο επιχειρεί να συμβάλει και η παρούσα έρευνα, εξετάζοντας τη σχέση μεταξύ τραύματος και ψυχωτικών εμπειριών αλλά και διερευνώντας τους παράγοντες

εκείνους που καθιστούν τον εφηβικό πληθυσμό που βιώνει ψυχωτικές εμπειρίες, σε κίνδυνο για μελλοντική ψυχοπαθολογία.

Υπηρετώντας αυτούς τους στόχους, αρχικά πραγματοποιείται μια βιβλιογραφική ανασκόπηση, παραθέτοντας ορισμούς, επιδημιολογικά δεδομένα και στοιχεία για την κλινική σημασία τόσο των ψυχωτικών εμπειριών, όσο και του τραύματος αλλά και δεδομένα για τη μεταξύ τους σχέση. Στη συνέχεια παραθέτονται αναλυτικά οι στόχοι και τα αναμενόμενα αποτελέσματα της εργασίας, αλλά και η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για την εκπόνηση της εργασίας. Τέλος, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων, τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την ανάλυση αυτή αλλά και οι προτάσεις της συγγραφέως.

Συνολικά, επιχειρείται με την παρούσα έρευνα να εμπλουτιστεί η υπάρχουσα γνώση γύρω από την Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων, με έμφαση στη πρωτογενή και δευτερογενή Πρόληψη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1. Ψυχωτικές εμπειρίες

1.1 Ορισμός

Ήπιες, υποκλινικές ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες που περιγράφονται ως «ψυχωτικές εμπειρίες» (Psychotic-like experiences- PLEs) φαίνεται να είναι αρκετά συνηθισμένες στο γενικό πληθυσμό. Μια από τις ερμηνείες αυτού του φαινομένου είναι η έννοια που έχει δοθεί στον λεγόμενο εκτεταμένο φαινότυπο ψύχωσης (Remberk, 2017). Φαίνεται πως στην πλειοψηφία τους είναι παροδικές και τείνουν να εξαφανίζονται στο χρόνο, κυρίως κατά την εφηβεία (Debbané et al., 2013; Linscott & van Os, 2013).

Οι PLEs συνήθως αναφέρονται ως ένα σύνολο ασυνήθιστων αντιληπτικών εμπειριών που σχετίζονται με τη θετική συμπτωματολογία του ψυχωσικού φαινοτύπου, όπως παράξενες εμπειρίες, αντιληπτικές διαταραχές, ιδέες μεγαλείου ή/και δίωξης, που δεν θεωρούνται ως ομοιογενή νοσολογική οντότητα (Linscott & van Os, 2013). Μπορούν να θεωρηθούν ως ενδιάμεσος φαινότυπος ως προς την σοβαρότητα του ψυχωσικού συνεχούς, μιας και ποιοτικά τα συμπτώματα μοιάζουν με αυτά της ενεργούς ψύχωσης, αλλά ποσοτικά είναι λιγότερο σοβαρά, λιγότερο συχνά και επίμονα και στην πλειοψηφία τους δεν συνοδεύονται από έντονη δυσφορία, συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας και/ή σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας (Fusar-Poli et al., 2014).

Οι υποκλινικές αυτές ψυχωτικές εμπειρίες συγκεντρώνουν με αυξανόμενο ρυθμό το ενδιαφέρον των μελετητών, καθώς έχει προταθεί μια συνέχεια μεταξύ PLEs και ψύχωσης (Remberk, 2017). Εντούτοις, συστηματική ανασκόπηση που αφορούσε κυρίως έρευνες σε πληθυσμούς ενηλίκων, έδειξε πως η μεγάλη ετερογένεια στους δοθέντες ορισμούς των PLEs αλλά και στα χρησιμοποιούμενα εργαλεία για την ανίχνευσή τους, οδηγεί σε όχι σταθερά

ερευνητικά αποτελέσματα(Leeetal., 2016). Ανεξάρτητα, από τον πραγματικό προβλεπτικό ρόλο των PLEs στην εκδήλωση ψυχωτικών διαταραχών, φαίνεται πως οι υποκλινικές αυτές ψυχωτικές εμπειρίες προδιαθέτουν σε μια πληθώρα άλλων ψυχοπαθολογικών οντοτήτων, μεταξύ των οποίων η κατάθλιψη, η αυτοκτονικότητα και η έκπτωση της συνολικής λειτουργικότητας, ενώ σε άλλες περιπτώσεις είναι παροδικές και άνευ κλινικής σημασίας(DeVylderetal., 2015;Granö etal., 2015; Jeppesenetal., 2015; Kelleheretal., 2015; Martinetal., 2015; Pontilloetal., 2016; Sullivanetal., 2014; Sunetal., 2015).

Συνεπώς κρίνεται απαραίτητο να καθοριστούν οι παράγοντες που καθιστούν τα παιδιά που βιώνουν PLEs ευάλωτα στην εκδήλωση ψυχοπαθολογίας, με στόχο τον σχεδιασμό προγραμμάτων πρόωξης παρέμβασης για τους πληθυσμούς αυτούς που τελούν σε κίνδυνο για εκδήλωση ψυχοπαθολογίας.

1.2 Επιδημιολογικά δεδομένα

Επιδημιολογικές μελέτες και μετα-αναλύσεις δείχνουν ότι ο μέσος επιπολασμός των PLEs στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 5-8% (Linscott & van Os, 2013; McGrathet etal., 2015). Σε μετα-ανάλυση που αφορούσε τις PLEs κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία, βρέθηκε μέσο ποσοστό επικράτησης περίπου 17% στους συμμετέχοντες ηλικίας 9 έως 12 ετών και 7,5% σε συμμετέχοντες ηλικίας 13 έως 18 ετών (Kelleher et al., 2012).

Παρομοίως, σε μελέτη με εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα ηλικίας 12-19 ετών από την Ιρλανδία, ακουστικές ψευδαισθήσεις αναφέρθηκαν από το 13,7% των συμμετεχόντων, οπτικές ψευδαισθήσεις αναφέρθηκαν από το 10,4% και οι παρανοϊκές σκέψεις αναφέρθηκαν από το 13,1% του δείγματος (Dolphin et al., 2015). Αυτές οι αναφορές είναι συνεπείς με δεδομένα που προέρχονται από αντιπροσωπευτικό δείγμα των ΗΠΑ με 7.054 εφήβους, που διαπίστωσαν ότι το 3,8- 17,6% του δείγματος απαντούν θετικά σε ερωτήσεις που αφορούν PLEs(Calkins et al., 2014).

Τέλος, το ποσοστό επικράτησης αναφέρεται να είναι υψηλότερο αν η αξιολόγηση βασίζεται σε συμπτώματα που αναφέρονται σε ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς και χαμηλότερη όταν η αξιολόγηση των PLEs βασίζεται σε κλινικές συνεντεύξεις (Leeetal., 2016).

1.3 Κλινική σημασία

Ανεξάρτητα από τον πραγματικό προβλεπτικό ρόλο των PLEs στην εκδήλωση ψυχωτικών διαταραχών, φαίνεται πως οι εμπειρίες αυτές αποτελούν παράγοντες κινδύνου για αρκετές ψυχοπαθολογικές οντότητες, όπως θα αναλυθούν παρακάτω:

1.3.1 Ψυχωτικές διαταραχές

Η έννοια των PLEs ως ενδιάμεσος φαινότυπος ψύχωσης βασίζεται στην υπόθεση πως οι PLEs και οι κλινικοί φαινότυποι ψύχωσης μοιράζονται παρόμοιους περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες κινδύνου (Remberk, 2017). Νεότερα ευρήματα μελετών ισχυροποιούν αυτήν την υπόθεση, επισημαίνοντας παράλληλα την περιορισμένη κλινική χρησιμότητά τους στην πρόβλεψη ψυχωτικής διαταραχής κατά την εφηβεία και την πρώιμη ενηλικίωση. (Jeppesenetal., 2015; Niarchouetal., 2015).

Κοινοί παράγοντες κινδύνου ενέχονται και στην εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών καθιστώντας αυτήν την σχέση χρονικής συνέχειας μεταξύ PLEs και ψύχωσης, μη ειδική (Sunetal., 2015). Επιπλέον η υπόθεση πως οι ψυχωτικές εμπειρίες σε δείγματα εφήβων μοιράζονται μια συγκρίσιμη γενετική αρχιτεκτονική με τη σχιζοφρένεια φαίνεται να μην υποστηρίζεται επαρκώς.(Zammitetal., 2013).

Σε μια συγχρονική έρευνα με δείγμα εφήβων (N=5427) ηλικίας 10-26 ετών, φάνηκε ότι παρά τον υψηλό επιπολασμό ψυχωτικών εμπειριών στους εφήβους, μόνο ένα μικρό ποσοστό παρουσιάζει εμμένουσες PLEs, με επιδείνωση της δυσφορίας καθώς η συχνότητα εμφάνισής τους αυξάνεται. (Sunetal., 2015). Φαίνεται μάλιστα πως η εστίαση στις PLEs που προκαλούν δυσφορία οδηγεί με μεγαλύτερη ασφάλεια στην διάκριση του πληθυσμού εκείνου που

βρίσκεται σε πραγματικό κίνδυνο για εκδήλωση ψυχωσικής διαταραχής. Αντίθετα ουδέτερες ή θετικές PLEs φαίνεται να μην σχετίζονται με υψηλό κίνδυνο (Kline et al., 2014).

Παρόλο που οι πρώιμες ψυχωσικές εμπειρίες σχετίζονται προσωρινά με αυξημένο κίνδυνο διαφόρων ψυχικών διαταραχών, έχει φανεί πως τελικά και οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο επακόλουθων ψυχωσικών εμπειριών. Περαιτέρω διερεύνηση των υποκείμενων παραγόντων που πιθανά ενοχοποιούνται για αυτές τις σχέσεις αιτίου-αιτιατού με γνώμονα την χρονική ακολουθία μπορεί να ρίξει φως στην αιτιολογία των ψυχωσικών εμπειριών (McGrath et al., 2016).

Αναφέρεται πως η ανίχνευση ψυχωσικών εμπειριών στην ηλικία των 12 ετών δύναται να αξιοποιηθεί ως προβλεπτικός δείκτης για ψυχωσικές διαταραχές στην ηλικία των 18 ετών σε ποσοστό που κυμαίνεται από 5,5% έως 22,8%. Παρά τις ενδείξεις για ύπαρξη ενός συνεχούς ψυχωσικών εμπειριών από την ηλικία των 12 ετών, ο προβλεπτικός τους ρόλος για μετέπειτα ψυχωσική διαταραχή παραμένει χαμηλός. Εντούτοις, ο λοιπός πληθυσμός που βιώνει PLEs και πληροί τα κριτήρια για ψυχιατρική διαταραχή φαίνεται ότι δεν αναζητά τελικά βοήθεια, παρά τα υψηλά επίπεδα συνοδού δυσφορίας και επιβάρυνσης της λειτουργικότητας (Zammit et al., 2013).

Φαίνεται πως ο γενετικός κίνδυνος για τη σχιζοφρένεια εκδηλώνεται περισσότερο ως άγχος και αρνητικά συμπτώματα κατά την εφηβεία, παρά ως ψυχωσικές εμπειρίες (Jones et al., 2016).

Συμπερασματικά, παρά τον αμφισβητούμενο ρόλο των PLEs να προβλέπουν ψυχωσικές διαταραχές, ο πληθυσμός που βιώνει εμμένουσες και δυσφορικές PLEs χρήζει κλινικής προσοχής.

1.3.2 Κατάθλιψη- αυτοκτονικότητα-χρήση ουσιών

Αναφέρεται πως οι ψυχωσικές εμπειρίες, και συγκεκριμένα οι οπτικές στρεβλώσεις, συνδέονται με αυτοκτονικό ιδεασμό στους νέους, ανεξαρτήτως καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Βέβαια, η συσχέτιση με την κατάθλιψη είναι ουσιαστικά ισχυρότερη, εύρημα που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την αξιολόγηση των εφήβων που αναζητούν βοήθεια (Bromet et al., 2017; DeVolder et al., 2015; Granö et al., 2015; Sullivan et al., 2015).

Ακόμη, η ψυχική δυσφορία που συνοδεύει τις ψυχωσικές εμπειρίες αυτές και η εμμονή τους στο χρόνο είναι σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της μη αυτοκτονικής- αυτοτραυματικής συμπεριφοράς (Non-suicidal self-injury- NSSI) και της απόπειρας αυτοκτονίας. (Martinet al., 2015).

Οι ψυχωσικές εμπειρίες, φαίνεται πως σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με συμπτώματα κατάθλιψης ενώ μια αντίστροφη σχέση φαίνεται να μην ισχύει. Μεγάλη προοπτική μελέτη με δείγμα εφήβων, έδειξε ότι ενώ οι ψυχωσικές εμπειρίες στα 12 χρόνια συσχετίστηκαν με μια μικρή αύξηση της κατάθλιψης στα 18 έτη, η κατάθλιψη στα 12 έτη δεν συσχετίστηκε με ψυχωσικές εμπειρίες στα 18 έτη (Sullivan et al., 2014).

Επιπλέον, ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις καθώς και παραληρητικές ιδέες στην εφηβεία έχουν σχετιστεί με μεταγενέστερη εμφάνιση διαταραχής από χρήση ουσιών ενώ φαίνεται να υπάρχει και μια σχέση δόσης-απόκρισης μεταξύ του φορτίου ψυχωτικών εμπειριών και αυτών των δυσμενών αποτελεσμάτων (Cederlöf et al., 2017).

Τέλος τα συμπτώματα της κατάθλιψης έχει φανεί να διαμεσολαβούν μερικώς στη σύνδεση μεταξύ χρήσης κάνναβης και PLEs σε εφήβους, γεγονός που υποδηλώνει ότι μπορεί να υπάρξει προληπτική επίδραση από τη στόχευση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, πέρα από την προσπάθεια πρόληψης της χρήσης κάνναβης στη νεολαία που παρουσιάζει αυξανόμενες ψυχωσικές εμπειρίες (Bourque et al., 2017).

1.3.3 Λειτουργικότητα

Ο πληθυσμός που βιώνει επίμονες και δυσφορικές PLEs, αναφέρει μια ποικιλία συμπτωμάτων από την ψυχική σφαίρα που επιβαρύνουν την λειτουργικότητα, πλέον των υποκλινικών ψυχωσικών συμπτωμάτων, όπως κατάθλιψη, διαταραχές προσοχής, αίσθημα ανεπάρκειας, μειωμένη αυτοπεποίθηση και δυσχερείς σχέσεις με γονείς, μειωμένη επαγγελματική και ακαδημαϊκή επίδοση. Συνεπώς η παρατηρούμενη έκπτωση λειτουργικότητας καθιστά ιδιαίτερου κλινικού ενδιαφέροντος τον πληθυσμό αυτό ανεξάρτητα από το αν αναπτύσσει τελικά ή όχι ψύχωση (Davies et al., 2018; Thompson et al., 2015).

Σε κλινικό δείγμα ατόμων ηλικίας 8-17 ετών, φάνηκε πως τόσο η συνολική λειτουργικότητα, όσο και οι επιμέρους δείκτες (λειτουργικότητα ρόλου και κοινωνική λειτουργικότητα) ήταν σημαντικά χαμηλότερα στα παιδιά και τους εφήβους με PLEs. Η ίδια μελέτη επισημαίνει πως οι PLEs είναι εξίσου συχνές και σε παιδιά μικρότερης ηλικίας ανεξάρτητα από την ύπαρξη διαγνώσιμης διαταραχής επηρεάζοντας σημαντικά την λειτουργικότητά τους (Pontillo et al., 2016).

Οι νέοι με ψυχωσικές εμπειρίες έχουν φτωχότερη σφαιρική λειτουργικότητα ακόμη και σε σύγκριση με νέους με διαφορετική ψυχοπαθολογία (χωρίς ψυχωσικές εμπειρίες). Οι θεράποντες θα πρέπει να είναι σε αυξημένη εγρήγορση στις περιπτώσεις που αναφέρονται ψυχωσικές εμπειρίες, καθώς τα άτομα αυτά δυνητικά έχουν μεγαλύτερη λειτουργική επιβάρυνση από εκείνη που προτείνει μόνο η ψυχοπαθολογική διάγνωση (Kelleher et al., 2015).

Τέλος, προτείνεται πως οι ψυχωσικές εμπειρίες λειτουργούν ως δείκτες βαρύτητας της ψυχοπαθολογίας. Σε κλινικό δείγμα εφήβων διερευνήθηκε η επικράτηση ψυχωσικών εμπειριών (υποκλινικών και κλινικών) και φάνηκε πως οι ψυχωσικές εμπειρίες επικρατούσαν σε

ένα ευρύ φάσμα (μη ψυχωτικών) διαταραχών και παράλληλα ήταν ένας σημαντικός αλλά ανεπαρκώς αναγνωρισμένος δείκτης κινδύνου σοβαρής ψυχοπαθολογίας (Kelleheretal., 2014).

1.4 Παράγοντες κινδύνου

Ελλείμματα στην μνήμη εργασίας (workingmemory- WM) είναι ένα κοινό χαρακτηριστικό σε άτομα με σχιζοφρένεια και σε άτομα υψηλού κινδύνου για ψύχωση. Πρόκειται για έναν πολλά υποσχόμενο στόχοπου αφορά τις στρατηγικές έγκαιρης παρέμβασης(Forbesetal., 2009). Σε μεγάλη σουηδική μελέτη με εφηβικό και νεαρό ενήλικο πληθυσμό, φάνηκε ότι συγκεκριμένες PLEs μπορεί να είναι ενδεικτικέςελλειμματικήςWMστην πρώιμη ενηλικίωση, η οποία με τη σειρά της δυνητικά αντανακλά αυξημένο κίνδυνο για ψύχωση και μεγαλύτερη ανάγκη για στοχοθετημένη παρέμβαση. Αντίθετα, φάνηκε ότι κατά την εφηβεία οι διατομικές διαφορές στη γνωστική ανάπτυξη μπορούν να υπερκαλύψουν πιθανή ευπάθεια για ψυχοπαθολογία (Ziermans , 2013).

Σε μεγάλη αναδρομική μελέτη στη Βρετανία, μελετήθηκε η συσχέτιση των PLEs με τα ελλείμματα της WM σε νέους ηλικίας 17-18 ετών και φάνηκε πως η WMείναι μειωμένη στους νέους με ψυχωτικές εμπειρίες. Οι ψευδείς συναγερμοί (falsealarms), παρά η πτωχή ακρίβεια, συνδέονται στενότερα με PLEs, ευρήματα που συμβαδίζουν με τα νευροψυχολογικά μοντέλα της ψύχωσης (Rossietal., 2016).

Σε άλλη μελέτη, μελετήθηκε η συσχέτιση ανάμεσα στην παρουσία εφιαλτών στην ηλικία των 12 ετών και το βίωμα ψυχωσικών εμπειριών στα 18 έτη. Ανεβρέθη ισχυρή συσχέτιση (OR = 1,62, 95% CI 1,19-2,20), με μεγαλύτερη επιβάρυνση στα άτομα εκείνα που ανέφεραν επίμονες ψυχωτικές εμπειρίες. Η παρουσία εφιαλτών μπορεί να αποτελεί πρώιμο δείκτη κινδύνου για την ψύχωση (Thompsonetal., 2015).

Επιπλέον, σε πληθυσμούς ηλικίας 11-21 ετών, όπως και σε ενήλικες με σχιζοφρένεια, οι φυλετικές- εθνικές ανισότητες φάνηκε πως αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης PLEs, (Paksarianetal., 2016).Ο κίνδυνος για εμφάνιση διαταραχών ψυχωσικού φάσματος είναι αυξημένος στις εθνικές μειονότητες, σύμφωνα με μελέτη παιδιών σχολικής ηλικίας (N=1545) εθνοτικών μειονοτήτων και γηγενών στις Κάτω Χώρες (μέση ηλικία $12,98 \pm 1,81$ έτη) (Adriaanseetal., 2015)

Επιπλέον, έχει αναδειχθεί η επίδραση προγεννητικών στρεσογόνων γεγονότων ζωής στην εμφάνιση μεταγενέστερων ψυχωσικών εμπειριών που εκδηλώθηκαν ως προβλήματα συμπεριφοράς στους απογόνους κατά την ηλικία των 5 ετών (Bettsetal., 2014).

Η αστικοποίηση και οι δυσμενείς συνθήκες γειτονιάς έχουν επίσης μελετηθεί ως προς τη συσχέτισή τους με την εκδήλωση πρώιμων ψυχωτικών εμπειριών (Castillejosetal., 2018). Πληθυσμός 2232 Βρετανών διδύμωνσυμμετείχαν σε συνεντεύξεις για εφηβικές ψυχωσικές εμπειρίες στην ηλικία των 18 ετών. Στην εν λόγω μελέτη αναφέρεται πως οι έφηβοι που ζουν σε αστικές περιοχές είναι πιο πιθανό να αναφέρουν ψυχωτικές εμπειρίες. Το γεγονός αυτό πιθανά ερμηνεύεται, τουλάχιστον εν μέρει, σύμφωνα με τους συγγραφείς από τησωρευτική επίδραση των δυσμενών κοινωνικών συνθηκών σε επίπεδο γειτονιάς καθώς και τη θυματοποίηση από βίαιαεγκλήματα κατά την ανατροφή (Newburyetal., 2017). Οι προσπάθειες πρώιμης παρέμβασης για την ψύχωση θα μπορούσαν να στοχεύουν σε νέους που ζουν σε αστικές και δυσμενείς συνθήκες γειτονιάς και θα πρέπει να διερευνούν και το ρόλο των (ενδεχομένως τροποποιήσιμων) αντιλήψεων των νέων σχετικά με τις απειλητικές συνθήκες γειτονιάς (Newburyetal., 2017; Solmietal., 2017).

Επιπρόσθετα, μελέτες υποδεικνύουν συσχέτιση μεταξύ παιδικών αυτιστικών χαρακτηριστικών, ελλειμμάτων στην πραγματολογική χρήση της γλώσσας και εφηβικών ψυχωσικών εμπειριών (Cederlöfetetal., 2014;Sullivanetal., 2013; Sullivanetal., 2016).

Ακόμη, ο κοινωνικός αποκλεισμός στην εφηβεία και κυρίως η παραμέληση, έχει φανεί πως σχετίζεται με συχνότερες και πιο επίμονες ψυχωσικές εμπειρίες και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, υπογραμμίζοντας με τον τρόπο αυτό την ιδιαίτερη σημασία της συμμετοχής του εφήβου σε μια ομάδα συνομηλίκων. Προσαρμοσμένα προγράμματα πρόληψης σε ατομικό, οικογενειακό και σχολικό επίπεδο θα πρέπει να στοχεύουν στις αιτίες και τις συνέπειες του κοινωνικού αποκλεισμού (elBouhaddanietal., 2017). Η πρωγή κοινωνική λειτουργικότητα της παιδικής ηλικίας φαίνεται ακόμη να προηγείται των εφηβικών ψυχωσικών εμπειριών (Hameedetal., 2017;Sullivanetal., 2013).

Τα συναισθηματικά προβλήματα και τα προβλήματα συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία σχετίζονται με την εμφάνιση PLEs στην εφηβεία(Asheratal., 2013).Σύμφωνα με μελέτες οι συσχετίσεις αυτές πιθανά ερμηνεύονται εν μέρει από το ενδεχόμενο κοινό γενετικό υπόβαθρο που μοιράζονται οι συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες με τις ψυχωσικές εμπειρίες(Sunetal., 2015). Ωστόσο, οι ψυχωσικές εμπειρίες στην εφηβεία επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που είναι ανεξάρτητοι από γενικά συναισθηματικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς, γεγονός που υποδηλώνει ότι δεν είναι απλώς μια διαφορετική φαινοτυπική εκδήλωση συνέχειας των συναισθηματικών προβλημάτων και προβλημάτων συμπεριφοράς (Shakooretal., 2017).

Οι ψυχικές διαταραχές στην παιδική ηλικία φαίνεται να είναι δείκτες κινδύνου ψυχωσικών εμπειριών και διαταραχών.Για το λόγο αυτό και στα πλαίσια της βέλτιστης προληπτικής πρακτικής, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να διερευνούν για ψυχωσικές εμπειρίες σε παιδιά με μη ψυχωσικές διαταραχές (Henniget al., 2017). Οι ψυχιατρικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας συσχετίστηκαν σημαντικάσε άλλη μελέτη με ψυχωσικές εμπειρίες στην εφηβεία (OR= 1,96 ,95% CI: 1,47-2,68), σχέση που διαμεσολαβήθηκε, εν μέρει ανεξάρτητα, από το γνωστικά ελλείμματα στην ηλικία των δετών και από τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους στα 13 έτη. Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι PLEsστους εφήβους

συνδέονται με τη γενική γνωστική τους ικανότητα καθώς και με παλαιότερους και παρόντες ψυχοπαθολογικούς παράγοντες (Siebaldetal., 2016).

Σε προοπτική μελέτη σε δείγμα 3021 εφήβων, φάνηκε πως στις μη ψυχωσικές ψυχιατρικές διαταραχές, περιβαλλοντικοί παράγοντες αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης ψυχωσικών συμπτωμάτων και τις συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας και η σχέση αυτή διαμεσολαβείται από την σοβαρότητα της μη ψυχωσικής διαταραχής (Guloksuzetal., 2015).

Τέλος, ορισμένες λοιμώξεις έχουν σχετιστεί με την εμφάνιση ψυχωτικών συμπτωμάτων στους απογόνους, με τη λοίμωξη από τον ιό της γρίπης να δείχνει την ισχυρότερη συσχέτιση (Dreieretal., 2018).

Γίνεται προφανές από τα παραπάνω στοιχεία, πως η αιτιολογία των υποκλινικών ψυχωτικών συμπτωμάτων είναι πολυπαραγοντική. Εν συνεχεία γίνεται αναφορά ειδικότερα στο ρόλο του τραύματος και των ψυχολογικών μηχανισμών που ενέχονται στην εκδήλωση αυτών των εμπειριών, καθώς συνιστούν «γόνιμα» πεδία πρόληψης.

2. Τραύμα

2.1 Ορισμός

Προερχόμενη από την ελληνική λέξη «τιτρώσκω», οι πρώτες αναφορές για το τραύμα και τις συνέπειές του προέρχονται από τα κείμενα της ελληνικής αρχαιότητας. Μόνο στα τέλη του 19ου αιώνα, οι Pierre Janet και Sigmund Freud παρείχαν τα πρώτα κείμενα σχετικά με τους χαρακτηρισμούς και τις κλινικές συνέπειες των τραυματικών γεγονότων. Στα μέσα της δεκαετίας του 1890, και οι δύο ασκούμενοι ανέπτυξαν παρόμοιες θεωρίες της αιτιολογίας της υστερίας, δηλαδή των εμπειριών ψυχολογικού τραύματος, ιδιαίτερα του σεξουαλικού τραύματος (Herman, 1992). Οι θεωρίες που παρουσιάστηκαν στην «Αιτιολογία της Υστερίας» του Freud (1896), ωστόσο, αντιμετώπισαν έντονες αντιδράσεις, και αυτές οι αντιδράσεις παρακώλυσαν πιθανές συνέπειες των ανακαλύψεών του. Κατά συνέπεια, οι σύγχρονες θεωρίες και οι ορισμοί του τραύματος διαμορφώθηκαν σε μεγάλο βαθμό από τις μελέτες των αντιδράσεων των ανδρών στρατιωτών στις φρίκες του πολέμου. Έρευνες τραυματικού στρες και κατάλληλων παρεμβάσεων για επιζώντες προέκυψαν μετά τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο, κατά πάσα πιθανότητα ως μέσο αποκατάστασης στρατιωτών για την ανασύνταξή τους (van der Kolk, 2007). Αυτή η προσοχή μειώθηκε σε καιρούς ειρήνης, αλλά ανέλαβε εκ νέου τα ηνία της έρευνας για την ψυχική υγεία και της λογοτεχνίας κατά τη διάρκεια του πολέμου του Βιετνάμ. Παράλληλα, αναζωπυρώθηκε το ενδιαφέρον για τις συνέπειες της σεξουαλικής και ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών και των παιδιών λόγω του Γυναικείου Κινήματος (Herman, 1992).

Στην Ιατρική το τραύμα ορίζεται ως η λύση της συνέχειας του ιστού αλλά και στην ψυχική ζωή μιλώντας για τραύμα, κάνουμε λόγο για λύση της συνέχειας (σε ψυχικό επίπεδο τώρα), που προκύπτει από υπερβολική εισροή διεγέρσεων (εσωτερικών και εξωτερικών) που

δημιουργεί μια ρήξη στο αλεξιερεθιστικό σύστημα με συνέπεια τον τραυματισμό (Δημόπουλος, 2018)

Κατά το DSM-5(American Psychiatric Association, 2013), τραυματικό γεγονός συνιστά η έκθεση σε πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, σοβαρό τραυματισμό ή σεξουαλική βία με έναν (ή περισσότερους) από τους ακόλουθους τρόπους:

1. βιώνοντας άμεσα το τραυματικό γεγονός (ή τα τραυματικά γεγονότα).
2. όντας αυτόπτης μάρτυρας του γεγονότος (ή των γεγονότων) που συνέβησαν σε άλλους.
3. μαθαίνοντας ότι το τραυματικό γεγονός (ή τα τραυματικά γεγονότα) συνέβησαν σε μέλος της στενής οικογένειας ή σε στενό φίλο.
4. βιώνοντας επαναλαμβανόμενη ή εξεσημασμένη έκθεση σε απεχθείς λεπτομέρειες του τραυματικού γεγονότος (ή των τραυματικών γεγονότων).

Παραδείγματα έκθεσης σε τραύμα συνιστούν: οι φυσικές καταστροφές, σοβαρά ατυχήματα, (μαζική) βία και ξαφνική απώλεια ενός αγαπημένου.

Ως παιδικό τώρα τραύμα ορίζεται η ψυχολογική συνέπεια ενός τραυματογόνου συμβάντος που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης, από τη βρεφική ηλικία έως και τη συμπλήρωση των 18 ετών (Bishopetal., 2014). Τραυματικά συμβάντα που επισυμβαίνουν κατά την παιδική ηλικία έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να μην τύχουν επεξεργασίας άμα τη εμφανίσει τους, βρίσκοντας διεξόδους σε μετέπειτα στάδια της ζωής με συχνά δυσάρεστες εκβάσεις (Abebrbach, 1989).

2.2 Επιδημιολογικά δεδομένα

Η έκθεση στο τραύμα είναι αρκετά συχνή στα παιδιά. Σε καιρό ειρήνης μελέτες γενικού πληθυσμού ανέφεραν ποσοστά έκθεσης σε οποιοδήποτε τραυματικό συμβάν από 14% (Alisic

etal., 2008) έως και περισσότερο από 65% (Copeland etal., 2007; Elklit, 2002).Επιπλέον,σεπολλέςχώρεςμεγάλοι πληθυσμοί, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών, ζουν σε συνθήκες πολέμου (Ehnholt & Yule, 2006).

Άτομα με ιστορικό τραύματος σπάνια έχουν βιώσει ένα μοναδικό τραυματικό γεγονός, αντίθετα είναι πιθανότερο να έχουν βιώσει αρκετά επεισόδια τραυματικής έκθεσης (Kessler, 2000). Αυτή η πολλαπλή έκθεση, παρατηρείται και σε άτομα που έχουν υποστεί παιδική κακοποίηση, ενδοοικογενειακή βία αλλά και σε αυτούς που έχουν υπάρξει μάρτυρες ή στόχοι γενοκτονίας. Δεν είναι ακόμα ξεκάθαρο γιατί κάποιοι άνθρωποι θα αναπτύξουν κάποια διαταραχή και άλλοι όχι, καθώς ακριβώς το ίδιο γεγονός μπορεί να είναι συντριπτικό για κάποιους και απλά δυσάρεστο για κάποιους άλλους. Ο VanderKolk (1987)προσδιόρισε 6 ενδεχόμενους παράγοντες που δύναται να επηρεάσουν την τελική έκβαση: 1) τη σοβαρότητα του τραύματος 2) γενετική ευαλωτότητα 3) αναπτυξιακό στάδιο κατά το οποίο επισυμβαίνει το τραύμα 4)υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο 5) προηγούμενο ιστορικό τραυματισμού 6) προνοσηρή προσωπικότητα.

Έχει φανεί βιβλιογραφικά ότι η συνύπαρξη κακοποίησης και παραμέλησης είναι αρκετά συχνή και η πιθανότητα κάποιος να έχει υποφέρει μόνο ένα τραυματικό γεγονός είναι μάλλον η εξαίρεση στον κανόνα (Chartieretal., 2010).Μάλιστα η πιθανότητα ένα άτομο που έχει υποστεί ένα τραυματικό γεγονός να έχει ακόμα ένα στο ιστορικό του φθάνει στο 80% (Felittietal., 1998), δείχνοντας ότι η πολύ-θυματοποίηση είναι μάλλον ο κανόνας παρά η εξαίρεση.

Η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα όπως προσδιορίζεται από το κριτήριο A του DSM-5 (APA, 2013)είναι μάλλον μια κοινή εμπειρία της παιδικής ηλικίας, με περισσότερο από 60% των παιδιών να έχουν εκτεθεί μέχρι την ηλικία των 16 ετών και παραπάνω από 30% να έχει εκτεθεί σε πολλαπλά γεγονότα (Copelandetal., 2007; McLaughlinetal., 2013).

2.3 Κλινική σημασία

Το αναπτυξιακό στάδιο, κατά το οποίο το παιδί εκτίθεται σε τραυματικά συμβάντα, η συχνότητα και ο βαθμός συμμετοχής των «σημαντικών άλλων», παίζουν καίριο ρόλο στις επιπτώσεις που θα έχουν τα συμβάντα αυτά στην ψυχολογική του εξέλιξη. Η πιθανότητα μακροπρόθεσμων αρνητικών εκβάσεων αυξάνεται όσο μικρότερη είναι η ηλικία του παιδιού που εκτίθεται (Courtois, 2008; vanderKolk, 2017).

Αν και παλαιότερα θεωρούταν ότι το τραύμα προκαλούσε μόνο παροδική αναστάτωση στα παιδιά, είναι πλέον γενικά αποδεκτό ότι μπορεί να προκαλέσει σοβαρή και μακροπρόθεσμη βλάβη (Yule, 2001). Η περισσότερη μελετημένη ψυχολογική συνέπεια της τραυματικής έκθεσης στα παιδιά είναι το μετατραυματικό στρες και στο παθολογικό του άκρο, η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD; American Psychiatric Association, 2013).

Ο VanderKolk το 2017, προτείνει ως μια νέα διαγνωστική οντότητα την αναπτυξιακή τραυματική διαταραχή, καθώς θεώρησε πως η μετατραυματική διαταραχή του στρες αδυνατούσε να περιγράψει το εύρος των ψυχοπαθολογικών εκβάσεων που συνδέονται με τραυματικές εμπειρίες παιδικής ηλικίας. Εκτός από τις διαταραχές στη συναισθηματική και τη γνωστική σφαίρα, το παιδικό τραύμα επιδρά και στη νευρολογική ανάπτυξη με συνέπεια τα παιδιά αυτά να εμφανίζουν πτωχό έλεγχο της επιθετικότητας, δυσκολίες σε διαπροσωπικές σχέσεις, πτωχή συγκέντρωση και γενικότερα επιπτώσεις που εμμένουν και στην ενήλικη ζωή (vanderKolk, 2017).

Η έκθεση σε παρατεταμένα, επαναλαμβανόμενα ή πολλαπλά τραύματα, κυρίως κατά την παιδική ηλικία, έχει προταθεί ότι οδηγεί σε μια σύνθετη κλινική εικόνα, που περιλαμβάνει όχι μόνο συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής, αλλά και ένα σύνολο συμπτωμάτων που αντανακλούν διαταραχές στις συναισθηματικές και διαπροσωπικές δυνατότητες αυτό-ρύθμισης,

όπως δυσκολίες στη διαχείριση του θυμού, αποσυνδεδετικά συμπτώματα, αντικοινωνικές συμπεριφορές, αποφευκτικές συμπεριφορές και υπερδιέγερση. Αυτά τα συμπτώματα συνιστούν κομμάτι του σύνθετης μετατραυματικής διαταραχής του στρες (complexPTSD; Herman, 1992) και περιλαμβάνονται και στο DSM-5 (APA, 2013) ως Διαταραχές σχετιζόμενες με ψυχοτραυματικές ή ψυχοπιεστικές καταστάσεις και περιλαμβάνει εκτός από την μετατραυματική διαταραχή του στρες, την οξεία αντίδραση στρες, τις διαταραχές προσαρμογής και άλλες διαταραχές σχετιζόμενες με ψυχοτραυματικές ή ψυχοπιεστικές καταστάσεις όπου περιλαμβάνονται η Διαταραχή αντιδραστικής πρόσδεσης, Διαταραχή μη αναστελόμενης κοινωνικής εμπλοκής, η Αλλιώς προσδιοριζόμενη διαταραχή σχετιζόμενη με ψυχοτραυματική ή ψυχοπιεστική κατάσταση και η Μη προσδιοριζόμενη διαταραχή σχετιζόμενη με ψυχοτραυματική ή ψυχοπιεστική κατάσταση (APA, 2013).

Φαίνεται μάλιστα ότι ο αριθμός των τραυματικών γεγονότων αυξάνει γραμμικά τα συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής του στρες αλλά και τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Suliman et al., 2009).

H Terr (1991) προτείνει τέσσερα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το παιδικό τραύμα που φαίνεται να διαρκούν για μεγάλες περιόδους ζωής, ανεξάρτητα από τη διάγνωση που ο ασθενής λαμβάνει τελικά. Αυτές είναι ζωντανές ή με άλλο τρόπο επανειλημμένα αντιλαμβανόμενες αναμνήσεις του τραυματικού γεγονότος, επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, φόβοι που σχετίζονται με το τραύμα και αλλαγές στις θεωρήσεις για τους ανθρώπους, τη ζωή και το μέλλον. Διαχωρίζει το παιδικό τραύμα σε δύο βασικούς τύπους και καθορίζει τα ευρήματα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον χαρακτηρισμό καθενός από αυτούς τους τύπους. Το τραύμα τύπου I περιλαμβάνει πλήρη, αναλυτική ανάμνηση του γεγονότος, υπερδιέγερση και αντιληπτικές στρεβλώσεις. Το τραύμα τύπου II περιλαμβάνει άρνηση και μούδιασμα, αυτο-αναισθησία, αποσυνδεδετικά συμπτώματα και οργή.

Όμως οι συνέπειες των τραυματικών εμπειριών δεν περιορίζεται στη στενή χρονική περίοδο που ακολουθεί τον τραυματισμό. Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τα πρώιμα τραυματικά γεγονότα (early- lifestress- ELS) που διήρκησε από το 2001 έως το 2011 κατέδειξε ότι οι υπότυποι του ELS συνδέονται με πολλές ψυχιατρικές διαταραχές στην ενήλικη ζωή. Πιο συγκεκριμένα: η σωματική κακοποίηση, η σεξουαλική κακοποίηση και η παραμέληση συνδέονταν με διαταραχές της διάθεσης και διαταραχές άγχους, η συναισθηματική κακοποίηση με διαταραχές προσωπικότητας και σχιζοφρένεια και η παραμέληση με διαταραχές προσωπικότητας. Οι υπότυποι ELS στην παιδική και εφηβική ηλικία μπορούν να προβλέψουν την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας στους ενήλικες, με τα αποτελέσματα να υποδεικνύουν ότι το ELS προκαλεί, επιδεινώνει και συντηρεί τις ψυχιατρικές διαταραχές (Carretal., 2013).

Μεγάλη προοπτική έρευνα με 1420 συμμετέχοντες που συνιστούσαν αντιπροσωπευτικό κοινοτικό δείγμα, μελέτησε παιδιά και εφήβους 9-16 ετών για δια βίου τραυματικά γεγονότα και επανεκτίμησε τα παιδιά αυτά στην ενήλικη ζωή σε 4 διαφορετικά χρονικά σημεία (ηλικίες 19, 21, 25 και 30 ετών). Η μελέτη έδειξε ότι μέχρι την ηλικία των 16 ετών, το 30,9% των παιδιών είχαν ήδη εκτεθεί σε 1 τραυματικό συμβάν, 22,5% είχαν εκτεθεί σε 2 τέτοια περιστατικά και 14,8% σε 3 ή περισσότερα γεγονότα. Η σωρευτική έκθεση σε τραυματικά γεγονότα από την ηλικία των 16 ετών συσχετίστηκε με υψηλότερα ποσοστά ψυχικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή (OR για οποιαδήποτε διαταραχή = 1,2; 95% CI: 1,0-1,4) και πτωχότερη λειτουργικότητα, συμπεριλαμβανομένων και της αδυναμίας διατήρησης μιας θέσης εργασίας και της κοινωνικής απομόνωσης. Φάνηκε μάλιστα πως αυτή η σχέση συνέχισε να ισχύει ακόμα και μετά από προσαρμογή για ένα ευρύ φάσμα άλλων παραγόντων κινδύνου παιδικής ηλικίας, συμπεριλαμβανομένης της ψυχιατρικής νόσου και των οικογενειακών αντιξοοτήτων και δυσκολιών (Copeland et al., 2018).

Τραυματικά γεγονότα ζωής κατά τη διάρκεια κρίσιμων περιόδων ανάπτυξης του εγκεφάλου με αυξημένη νευροπλαστικότητα θα μπορούσαν να επιδράσουν σε συγκεκριμένα

νευρωνικά δίκτυα που σχετίζονται με την απάντηση στο στρες και να οδηγήσουν σε τροποποίηση της φυσιολογικής νευροενδοκρινικής απάντησης, δηλαδή υπερ- ή υπο-ενεργοποίηση του συστήματος στρες, που σχετίζεται με τον άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια και απορρύθμιση της γλυκοκορτικοειδικής σηματοδότησης και μεσολαβούν τελικά στον σωρευτικό μακροπρόθεσμο κίνδυνο ευπάθειας της νόσου στην ενηλικίωση(Agorastosetal., 2018).

3. Το τραύμα και η σχέση του με τις ψυχωτικές εμπειρίες

Τόσο σε πληθυσμούς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, όσο και σε πληθυσμούς με υποκλινικές ψυχωτικές εμπειρίες ανευρίσκεται σε εξίσου υψηλή συχνότητα, θετικό ιστορικό παιδικής κακοποίησης συγκριτικά με υγιή πληθυσμό, υποδηλώνοντας ενδεχόμενη αιτιολογική σχέση. (Alemanyetal., 2015).

Έχει φανεί, πως ακόμα και σε απουσία ιστορικού σεξουαλικής κακοποίησης σε παιδιά με PLEs, ήταν πιθανότερο τα παιδιά αυτά να έχουν υποφέρει ένα ευρύ φάσμα άλλων, μη σεξουαλικών, τραυματικών και δυσμενών εμπειριών (Murphyetal., 2014).Σεμεγάλη έρευνα που συμμετείχαν 785 έφηβοι της Βόρειας Ιρλανδίας δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης για την αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ τραύματος και ψυχωτικής εμπειρίας στην εφηβεία, αναγνωρίστηκε η μοναξιά ως ένας σημαντικός συγχρονικός συντονιστής που μπορεί να ενισχύσει δυνητικά τη σχέση ψύχωσης- τραύματος (Murphyetal., 2015).

Άλλες μελέτες υποδεικνύουν τη συνδυασμένη μεσολάβηση της λεγόμενης κοινωνικής ήττας (SD- SocialDefeat)και της συναισθηματικής απορρύθμισης ως διαμεσολαβητές στη σχέση τραύματος – ψυχωτικών συμπτωμάτων (Nieropetal., 2014).Ως κοινωνική ήττα ορίζεται μια κατάσταση όπου κάποιος αναγκάζεται, με τη χρήση της σύγκρουσης ή της επιθετικότητας, σε μια κατάσταση μειωμένης πρόσβασηςσε πόρους ή σε μια χαμηλή κοινωνική θέση. Επομένως, τραυματικά γεγονότα ζωής που χαρακτηρίζονται ως διαπροσωπικά, όπως η σωματική

κακοποίηση, η λεκτική κακοποίηση και άλλα, είναι ένα καλό μοντέλο κατανόησης της έννοιας «κοινωνική ήττα» (Moriyama et al., 2018).

Παρά τα επιχειρήματα που υποστηρίζουν τη σημασία του κοινωνικού περιβάλλοντος στην αιτιολογία της ψύχωσης, η σχέση μεταξύ των κοινωνικών αντιξοοτήτων και ψύχωσης μπορεί εναλλακτικά να αποδοθεί στο άγχος που προκαλείται από τέτοιες αντιξοότητες, ανεξάρτητα από το κοινωνικό περιεχόμενο αυτών των γεγονότων. Το στρες (ανεξάρτητα από την φύση του) μπορεί να επιδεινώσει τα ψυχωτικά συμπτώματα σε ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια (Norman & Malla, 1993a, b) και μπορεί να ενεργοποιήσει την απελευθέρωση ντοπαμίνης στον προμετωπιαίο φλοιό, την αμυγδαλή και τον επικληνή πυρήνα (Herman et al., 2003; Thierry et al., 1976).

Το τραύμα έχει προταθεί να έχει σωρευτική επίδραση στην ψυχική υγεία και συνεπώς, η συχνότητα έκθεσης και ο αριθμός τραυματικών γεγονότων μπορεί να είναι πιο σημαντικά για τον προσδιορισμό της έκβασης από το είδος του τραύματος (Ribeiro et al., 2013; Suliman et al., 2009). Οι αντιξοότητες παιδικής ηλικίας τείνουν να είναι αλληλένδετες (Dong et al., 2004) και αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τις διαπροσωπικές τραυματικές εμπειρίες, αφού ένα σημαντικό ποσοστό των νέων που εκτίθενται σε κακομεταχείριση είναι θύματα τεσσάρων ή και περισσότερων τύπων επιθετικότητας (Finkelhor et al., 2007, Turner et al., 2010). Γιατί περισσότερες εκβάσεις ψυχικής υγείας, η πολυ-θυματοποίηση εξηγεί ένα μεγάλο μέρος των συσχετίσεων μεταξύ της θυματοποίησης και της σοβαρότητας των συμπτωμάτων (Turner et al., 2010). Η συχνότητα έκθεσης στη θυματοποίηση κατά την παιδική ηλικία αποδείχθηκε ότι αυξάνει τον κίνδυνο ψυχωτικών εμπειριών και ψύχωσης (Lataster et al., 2006, Schreier et al., 2009) καθώς και η συνδυασμένη εμφάνιση διαφορετικών τραυματικών συμβάντων (Arseneault et al., 2011).

Σε μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση που διενεργήθηκε το χρονικό διάστημα 1956- 2014, για τη διερεύνηση της συσχέτισης των παιδικών αντιξοοτήτων με την

πορεία των ψυχωσικών εμπειριών και συμπτωμάτων στο χρόνο, φάνηκε πως οι αντιξοότητες κατά την παιδική ηλικία σχετίζονταν με εμμένουσες PLEs και κλινικά σημαντικά ψυχωτικά συμπτώματα, ενισχύοντας την υπόθεση πως η πρόωπη παρέμβαση και αντιμετώπιση των συνεπειών των παιδικών αντιξοοτήτων σε παιδιά με ψυχωτικά φαινόμενα, δύναται να βελτιώσει την μακροπρόθεσμη έκβαση στον πληθυσμό αυτό (Trottaetal., 2015).

Υπάρχουν ακόμη ισχυρές ενδείξεις ότι η κακοποίηση στην παιδική ηλικία και ο αριθμός των αρνητικών γεγονότων ζωής, συμβάλουν συνεργικά στην αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης ψυχωσικών εμπειριών πέραν των επιπτώσεων καθενός παράγοντα ξεχωριστά. Ενδείξεις, που ενισχύουν την υπόθεση ότι το ιστορικό παιδικής κακοποίησης οδηγεί σε ευπάθεια στην ψύχωση που επισυμβαίνει τελικά σε περίπτωση έκθεσης σε περαιτέρω παράγοντες κινδύνου (Morganetal., 2014).

Έχει φανεί ακόμη, ότι η αυξημένη ευαλωτότητα στο στρες, η χαμηλή ανθεκτικότητα στο κοινωνικο-περιβαλλοντικό στρες αλλά και η αυξημένη πρόβλεψη απειλών στην καθημερινή ζωή μπορεί να είναι σημαντικές ψυχολογικές διεργασίες που αποτελούν τη βάση της σχέσης μεταξύ σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών και ψύχωσης (Reininghausetal., 2016).

Επιπλέον, η συμμετοχή στην εκφοβιστική συμπεριφορά, με οποιοδήποτε συνδυασμό (μόνο θύτης, μόνο θύμα, θύμα- θύτης) μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης ψυχωσικών εμπειριών στην εφηβεία (Horrevortsetal., 2014; Lereyaetal., 2015; Wolkeetal., 2014).

Σε μελέτη διδύμων που πραγματοποιήθηκε, φάνηκε ότι τα άτομα που εκτίθενται σε αντιξοότητες παιδικής ηλικίας είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν ψυχωτικές εμπειρίες χωρίς αυτή η συσχέτιση να οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες (Alemanyetal., 2013), ενώ σε άλλη μελέτη φαίνεται πως ούτε η παρουσία ψυχικών διαταραχών πριν από την έναρξη των ψυχωτικών συμπτωμάτων εξηγεί πλήρως αυτές τις συσχετίσεις, υποδεικνύοντας τις παιδικές αντιξοότητες σαν σημαντικό και ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για PLEs και

τονίζοντας ότι η πρόληψη τους μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική μείωση των ψυχωτικών εμπειριών στον πληθυσμό (McGrathetal., 2017).

Άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι ορισμένα άτομα είναι πιο επιρρεπή να αναπτύξουν ψυχωτικές εμπειρίες μετά από τραυματισμό στην παιδική ηλικία εξαιτίας ενός πολύπλοκου συνδυασμού αρκετών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων και γενετικών. (deCastro-Catalaetal.,2016; Ramseyetal., 2013).

Ευρήματα υποδηλώνουν ότι η σωρευτική έκθεση σε τραύμα και θυματοποίηση μπορεί να συμβάλει στη συνυπάρχουσα εμφάνιση κατάθλιψης και ψυχωτικών εμπειριών (Nametal., 2016).

Μάλιστα μια προοπτική μελέτη κοόρτης 1.112 εφήβων ηλικίας 13-16 ετών έδειξε ότι το τραύμα ήταν ισχυρός προγνωστικός δείκτης των ψυχωτικών εμπειριών, με μία σχέση δόσης-απόκρισης να καταγράφεται , μεταξύ της σοβαρότητας του εκφοβισμού και του κινδύνου ψυχωτικών εμπειριών. Επιπλέον, η διακοπή του τραυματισμού προέβλεπε την παύση των ψυχωτικών εμπειριών (Kelleheretal., 2013).

Οι ακουστικές φωνητικές ψευδαισθήσεις στην πρώιμη παιδική ηλικία είναι κυρίως παροδικές. Οιακουστικές φωνητικές ψευδαισθήσεις (auditoryvocalhallucinations-AVH) στην εφηβεία, ειδικά όταν είναι επίμονες, σχετίζεται με συναισθηματικά συμπτώματα και περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου, ιδιαίτερα με τραυματικά συμβάντα(Bartels-Velthuisetal., 2016). Άλλη μελέτη επισημαίνει πως οι διαταραχές στον ύπνο που ακολουθούν ή συμβαίνουν μαζί με μια τραυματική εμπειρία πιθανά συμβάλλουν στην εμφάνιση ή επιδείνωση της παρουσίας των PLEs (Andorkoetal., 2018).

Έχει φανεί ότι τραυματικά συμβάντα ζωής με πρόθεση να βλάψουν «intentiontoharm», όπως ο εκφοβισμός και η κακοποίηση, συνδέονται περισσότερο με τις ψυχωτικές εμπειρίες σε σχέση με άλλα είδη τραυμάτων, όπως τα ατυχήματα. (Moriyamaetal., 2018).

Τέλος, ο ρόλος των τραυματικών εμπειριών στην εκδήλωση PLEs φαίνεται κεντρικός και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τους κλινικούς που αξιολογούν παιδιά και εφήβους με ψυχωτικές εμπειρίες.

4. Γνωσιακοί μηχανισμοί ως διαμεσολαβητές της σχέσης

Τα γνωσιακά μοντέλα της ψύχωσης των ενηλίκων προτείνουν ότι οι αρνητικές σχηματικές πεποιθήσεις (Negative Schematic Beliefs- NSB) διαμεσολαβούν στη σχέση μεταξύ θυματοποίησης και ψυχωσικών συμπτωμάτων. Στην παιδική ηλικία, οι ασυνήθιστες ή ψυχωσικές εμπειρίες συνδέονται τόσο με τον εκφοβισμό όσο και τις NSB. Οι αρνητικές σχηματικές πεποιθήσεις των παιδιών μπορούν να διαμεσολαβούν στις δυσμενείς ψυχολογικές επιπτώσεις της θυματοποίησης και είναι κατάλληλοι στόχοι θεραπείας για νέους με ψυχωσικές εμπειρίες. Η πρόιμη παρέμβαση για τη μείωση των αρνητικών εκτιμήσεων του εαυτού και των άλλων μπορεί να αυξήσει την ανθεκτικότητα σε μελλοντικές δυσμενείς εμπειρίες και να μειώσει τους κινδύνους για την ψυχική υγεία (Anilmis et al., 2015; Noone et al., 2015).

Διαφορετικοί τύποι θεωρίας του νου (Theory of Mind- ToM) έχουν σχετιστεί με ψυχωσική διαταραχή (Bora & Pantelis, 2013). Έχει φανεί μάλιστα ότι κάτι τέτοιο ισχύει και σε παιδιά που βιώνουν PLEs. Μάλιστα ο τύπος της θεωρίας του νου που φαίνεται να σχετίζεται στενότερα με τον φαινότυπο αυτό είναι ο υπερβολικός τύπος (HyperToM). Τα παιδιά με αυτό τον τύπο ToM, τείνουν να υποθέτουν, απουσία πραγματικού ερεθίσματος, λανθασμένες νοητικές διεργασίες για τους άλλους και μάλιστα να προβλέπουν την συμπεριφορά τους με βάση αυτές τις λανθασμένες πεποιθήσεις. Τα άτομα με HyperToM δεν φαίνεται να έχουν αντιληπτό έλλειμμα αλλά μάλλον εφαρμόζουν τη θεωρία του νου, με έναν εσφαλμένο ή προκατειλημμένο τρόπο. Ειδικές παραλλαγές στην ToM μπορεί να σχετίζονται με συγκεκριμένους τύπους

ψυχωτικών εμπειριών. Το HyperTM μπορεί να υποδεικνύει κίνδυνο για την ανάπτυξη ψύχωσης και παρανοϊκού ιδεασμού (Clemmensen et al., 2014).

Σε προοπτική μελέτη με συμμετέχοντες 1630 παιδιά από την Copenhagen Child Cohort 2000, φάνηκε πως το HyperToM μπορεί να σχετίζεται ειδικά με PLEs σε παιδιά προεφηβείας, ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες κινδύνου οικογένειας και ατομικούς που σχετίζονται με PLEs και από τη γενικότερη ψυχοπαθολογία σε αυτήν την ηλικία (Clemmensen et al., 2016).

Ήδη έχει σχεδιαστεί και εφαρμόστηκε σε μικρό δείγμα, με εξαιρετικά αποτελέσματα μια γνωσιακή-συμπεριφοριστική παρέμβαση για παιδιά ηλικίας 9 έως 14 ετών, η οποία στοχεύει στη μείωση των συναισθηματικών προβλημάτων, στην ψυχική ανθεκτικότητα και στη διευκόλυνση των παιδιών να διαχειρίζονται PLEs πριν αναπτυχθεί ένας αναγνωρίσιμος κίνδυνος ψύχωσης. Είναι επομένως εφικτή, αποδεκτή και χρήσιμη η προσφορά ψυχολογικών παρεμβάσεων σε παιδιά που αναφέρουν συναισθηματικές δυσκολίες και PLEs, πριν από την εμφάνιση σαφών παραγόντων κινδύνου (Maddox et al., 2013).

Έχει εξεταστεί ακόμη η συμβολή των συναισθηματικών, γνωστικών και κοινωνικο-περιβαλλοντικών μηχανισμών, στην σοβαρότητα των PLEs, που πιστεύεται ότι επηρεάζουν την ανάπτυξη και διατήρηση της ψύχωσης (Anilmis et al., 2015; Noone et al., 2015; Trotta et al., 2015).

Σε δείγμα 40 παιδιών ηλικίας 8-14 ετών φάνηκε πως κάθε μια από τις μεταβλητές αυτές είχε σημαντική και ανεξάρτητη συμβολή στην σοβαρότητα των PLEs, που αντιστοιχούσε σε περισσότερο από το ήμισυ της διακύμανσης (γνωσίες $B = 6.324$, $p = .049$, συναίσθημα $B = 1.807$, $p = .005$, γεγονότα ζωής $B = 4.039$, $p = .001$). Οι ψυχολογικοί παράγοντες που εμπλέκονται στην ανάπτυξη και διατήρηση της ψύχωσης σε ενήλικες σχετίζονταν επίσης με την σοβαρότητα των PLEs σε αυτά τα παιδιά. Η σοβαρότητα των PLEs μπορεί να μειωθεί συνεπώς με τη στόχευση καθενός από αυτούς τους παράγοντες στη γνωσιακή θεραπεία, σε αυτό το πολύ

πρώιμο στάδιο. Οποιαδήποτε βελτίωση της συναισθηματικής ευεξίας και της λειτουργικότητας μπορεί στη συνέχεια να αυξήσει τη μελλοντική ανθεκτικότητα (Ames et al., 2014)

Τέλος, στην πρώτη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή για την αποδοχή και την πιθανή κλινική χρησιμότητα της γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας για ασυνήθιστες εμπειρίες παιδικής ηλικίας (CBT-UED), υπήρχαν ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Οι συμμετέχοντες ήταν ηλικίας 8-14 ετών με συναισθηματικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς και εξετάστηκαν για αυτοαναφερόμενες ασυνήθιστες εμπειρίες. Από τις περίπου 1.000 παραπομπές σε διάστημα 36 μηνών, περίπου τα μισά παιδιά που προσέρχονταν στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων ανέφεραν ασυνήθιστες εμπειρίες. Μια κλινική παρέμβαση γνωσιακής συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης προσαρμοσμένη στην ηλικία φαίνεται πως είναι εφικτή και ασφαλές να παραδοθεί, με δυνατότητα ενίσχυσης της συνήθους φροντίδας (Jolley et al., 2018).

Είναι λοιπόν σημαντικό να γίνουν κατανοητά τα γνωσιακά και λοιπά ψυχολογικά μονοπάτια των ψυχωτικών εμπειριών, προκειμένου να σχεδιαστούν και να εφαρμοστούν κατάλληλες παρεμβάσεις ευρείας εφαρμογής.

5. Σκοπός- Στόχοι- Υποθέσεις της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί η σχέση του τραύματος με την εμφάνιση ψυχωτικών εμπειριών σε παιδιά εφηβικής ηλικίας και ενδεχόμενα παρατηρούμενες διαφορές ανάλογα με τον τύπο του τραύματος.

Επιμέρους στόχοι της παρούσας έρευνας αφορούν:

α) στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ιστορικού τραύματος και ψυχωτικών εμπειριών σε εφήβους

β) στην εκτίμηση της συνολικής λειτουργικότητας και των συναισθηματικών προβλημάτων, εφήβων με ψυχωτικές εμπειρίες

γ) στη διερεύνηση της επίπτωσης της προκαλούμενης δυσφορίας από τις εμπειρίες αυτές στην συνολική λειτουργικότητα

δ) στον προσδιορισμό ενδεχόμενων διαφορών ανάλογα με τον τύπο του τραύματος και τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχωτικών εμπειριών

ε) στη διερεύνηση πιθανής συσχέτισης και το ρόλο των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος στις μεταβλητές που θα μελετηθούν

Οι ερευνητικές υποθέσεις διαμορφώνονται ως εξής:

- Το τραύμα σχετίζεται ισχυρά με τις ψυχωτικές εμπειρίες
- Η σοβαρότητα του τραύματος (πλήθος τραυματικών εμπειριών) προβλέπει τον κίνδυνο ψυχωτικών εμπειριών με μια σχέση δόσης- απόκρισης
- Το τραύμα με “intentionto harm” συνδέεται περισσότερο με ψυχωτικές εμπειρίες από άλλα είδη τραύματος
- Μόνο οι συχνές και δυσφορικές εμπειρίες θα συνδέονται με μεγαλύτερη επιβάρυνση της λειτουργικότητας και ή με καταθλιπτικά συμπτώματα
- Η σοβαρότητα του τραυματισμού θα προβλέπει σημαντικότερες ψυχωτικές εμπειρίες και όχι η προέλευση του δείγματος (ιδρύματα)

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Δείγμα

Επιλέχθηκαν δύο ομάδες εφήβων, μια ομάδα προερχόμενη από ιδρύματα και μία ομάδα προερχόμενη από την κοινότητα, με παρόμοια χαρακτηριστικά, ώστε να μελετηθεί κατά πόσο το ιστορικό τραυματικών γεγονότων σχετίζεται ισχυρά με την πιθανότητα εμφάνισης ψυχωτικών εμπειριών, σε σχέση με εφήβους με χαμηλή πιθανότητα ιστορικού τραύματος.

Για την ομάδα με εφήβους που διαμένουν σε ιδρύματα, επιλέχθηκαν παιδιά που διαμένουν σε δομές ιδρυματικής φροντίδας και παιδικής προστασίας, καθώς συνιστούν ένα πληθυσμό που αρτιοιέχει μεγαλύτερη πιθανότητα να έχει στο ιστορικό του τραυματικά γεγονότα και μάλιστα με υψηλή πιθανότητα το τραύμα αυτό να χαρακτηρίζεται διαπροσωπικό (με “intentiontoharm”).

Η δεύτερη ομάδα προερχόμενη από την κοινότητα, η οποία αποτέλεσε και ομάδα ελέγχου, ήταν αντίστοιχου ηλικιακού εύρους με την κλινική. Η δειγματοληψία έγινε με τη μέθοδο της χιονοστιβάδας (Σταλίκας, 2005), δηλαδή η δειγματοληψία χωρίστηκε σε δύο στάδια: Στο πρώτο στάδιο η ερευνήτρια απευθύνθηκε σε ένα δείγμα ευκολίας 10 ατόμων με τα υπό μελέτη χαρακτηριστικά, τα οποία κλήθηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια. Στο δεύτερο στάδιο τα άτομα αυτά πρότειναν άλλα άτομα με αντίστοιχα χαρακτηριστικά, τα οποία συμμετείχαν στην έρευνα επίσης και πρότειναν και αυτά με τη σειρά τους άλλα άτομα, για να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Κριτήρια εισαγωγής:

Στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκαν έφηβοι και των δύο φύλων ηλικίας 12-18 ετών, καθώς τα παιδιά αυτής της ηλικίας έχουν την αντιληπτική ικανότητα να απαντούν σε ερωτήσεις που

αφορούν σε ψυχωτικά συμπτώματα και έχουν εγκαταλείψει την «μαγική σκέψη», διατηρώντας την πιθανότητα ψευδώς θετικών απαντήσεων, χαμηλά. Επιπλέον έχει φανεί βιβλιογραφικά, ότι οι ψυχωτικές εμπειρίες που πρωτοεμφανίζονται ή παραμένουν έως και την εφηβική ηλικία, συνιστούν πιο σημαντικές κλινικά, ως προς τις διάφορες εκβάσεις ψυχοπαθολογίας (Kelleheretal., 2012). Επιπλέον ο πληθυσμός της μελέτης είχε κοινά δημογραφικά χαρακτηριστικά, με την έννοια ότι τουλάχιστον τη στιγμή της έρευνας, τελούσε είτε υπό ιδρυματική ή παιδικής προστασίας μέριμνα και οι βιολογικοί γονείς δεν είχαν την επιμέλεια για οποιοδήποτε λόγο, ενώ στην ομάδα ελέγχου, οι έφηβοι έπρεπε να είναι και των δύο φύλων, να ανήκουν στο ίδιο ηλικιακό φάσμα με την κλινική ομάδα και οι έφηβοι για να συμμετέχουν, έπρεπε να διαμένουν στην κοινότητα με τον ένα ή και τους δύο βιολογικούς γονείς τους, ώστε να φανεί ότι η σοβαρότητα του τραύματος και όχι η ιδρυματοποίηση, προβλέπει τις ψυχωτικές εμπειρίες.

Κριτήρια αποκλεισμού:

Αποκλείστηκε από την έρευνα πληθυσμός με γνωστή ψυχωτική διαταραχή, βαριά νοητική υστέρηση, καθώς και όσοι φιλοξενούνται σε κέντρα ημέρας εφήβων ώστε να μην προκύψουν πλασματικές σχέσεις, λόγω συνυπάρχουσας γνωστής ψυχιατρικής διαταραχής.

Εργαλεία

Για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω τέσσερα ερωτηματολόγια:

Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE; Stefanisetal., 2002)

Ένα δημοφιλές εργαλείο αυτοαναφοράς για την ανίχνευση ψυχωτικών εμπειριών και την ευπάθεια στην ψύχωση, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς στην έρευνα για τη σχιζοφρένεια, είναι το Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE; Stefanisetal., 2002) , που προσμετρά τις δια βίου ψυχωτικές εμπειρίες. Το CAPE βασίστηκε στο PDI (Petersetal., 1999),

με κάποιες τροποποιήσεις και προσθήκες. Το CAPE (Παράρτημα 1) προσμετρά τη συχνότητα και τη δυσφορία ψυχωσικών συναισθημάτων, σκέψεων ή ψυχικών εμπειριών που σχετίζονται με τις διαστάσεις της ψυχωσικής συμπτωματολογίας, δηλαδή θετικά συμπτώματα (υπερβολικές συμπεριφορές που δεν παρατηρούνται σε φυσιολογικά άτομα), αρνητικά συμπτώματα (διαταραχές στην κανονική συμπεριφορά) και συμπτώματα κατάθλιψης. Περιλαμβάνει 40 ερωτήσεις και κάθε ερώτηση εξετάζει δύο διαστάσεις: μία διάσταση συχνότητας (με κλίμακα 4 διαβαθμίσεων από το «ποτέ», «μερικές φορές», «συχνά» έως «σχεδόν πάντα») και μία διάσταση δυσφορίας (με κλίμακα 4 διαβαθμίσεων από το «καθόλου», «λίγο», «αρκετά» έως «πολύ»).

Το CAPE παρέχει ένα συνολικό σκορ και ένα συνολικό σκορ ανά διάσταση, προσθέτοντας τον αριθμό των θετικών απαντήσεων στο ερώτημα συχνότητας και παρέχει μια βαθμολογία δυσφορίας προσθέτοντας τα αποτελέσματα των ερωτήσεων δυσφορίας.

Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση των Mark&Toulouroulou (2015) εξέτασε τις ψυχομετρικές ιδιότητες των βαθμολογιών του CAPE (αξιοπιστία και εγκυρότητα) σε διάφορες μελέτες, με τα αποτελέσματα να υποδηλώνουν ότι οι βαθμολογίες CAPE ήταν ψυχομετρικά αξιόπιστες - δηλαδή, οι βαθμολογίες που ελήφθησαν θα μπορούσαν να αποδοθούν στην πραγματική διακύμανση των βαθμολογιών. Η ανασκόπηση των παραγοντικών αναλύσεων υποστήριξε ένα μοντέλο 3-παραγόντων για το CAPE που αποτελείται από υποκλίμακες "Θετική", "Αρνητική" και "Καταθλιπτική" διάσταση, κάτι που επιβεβαιώνεται και στην ελληνική έκδοση που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα. Επισημαίνεται ότι η ελληνική έκδοση σταθμίστηκε σε πληθυσμό 1944 νεοσυλλέκτων στην Πολεμική Αεροπορία 19-24 ετών (Stefanisetal., 2002). Όμως, εκδόσεις σε άλλες γλώσσες έχουν δείξει καλά αποτελέσματα εγκυρότητας και αξιοπιστίας σε πληθυσμό με Μ.Ο ηλικίας που κυμαίνονται από 14 έως και 15 (Mark&Toulouroulou, 2015) ενώ σε έρευνα που διερευνήσε την διακρατική μεταβλητότητα του εργαλείου φάνηκε ότι όποιες διαφορές παρατηρούνται στις βαθμολογίες μεταξύ ατόμων από

διαφορετικές χώρες θα πρέπει να θεωρούνται ότι αντικατοπτρίζουν διαφορετικά επίπεδα ψύχωσης (Pignonetal., 2018).

Strengths and Difficulties Questionnaire(SDQ- Hel;Giannakopoulos et al., 2009;Goodman, 1997)

Για την διερεύνηση της ψυχοκοινωνικής επάρκειας των μαθητών, χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του Ερωτηματολογίου Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (SDQ- Hel) (Giannakopoulosetal., 2009;Goodman, 1997) (Παράρτημα 2). Πρόκειται για ένα δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο αξιολογεί τις δυνατότητες και τις δυσκολίες παιδιών και των εφήβων σε θέματα που αφορούν στη συμπεριφορά τους και στην προσαρμογή τους στο σχολικό αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας 3- 16 ετών, υπάρχει σε διάφορες εκδόσεις για να καλύψει τις ανάγκες των ερευνητών, κλινικών και εκπαιδευτικών, με εκδόσεις συμπληρούμενες από γονείς, εκπαιδευτικούς αλλά και αυτοαναφοράς. Για τις ανάγκες της έρευνας χορηγήθηκε η έκδοση αυτοαναφοράς που συμπληρώνεται από παιδιά ηλικίας 11- 16 ετών. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 2 μέρη. Το 1^ο μέρος περιέχει 25 προτάσεις- χαρακτηριστικά δυσκολιών χωρισμένα σε 5 κλίμακες. Το 2^ο μέρος αφορά τις επιπτώσεις των δυσκολιών του παιδιού στην καθημερινότητα.

Όλες οι εκδόσεις του SDQ αποτελούνται από 5υποκλίμακες. Η κάθε κλίμακα αποτελείται από 5 προτάσεις- χαρακτηριστικά δυνατοτήτων και δυσκολιών, που εξετάζουν δυνατότητες και δυσκολίες σε 5 τομείς:

- 1) συναισθηματικά συμπτώματα(5 ερωτήματα)
- 2) συμπεριφορικά προβλήματα(5 ερωτήματα)
- 3) υπερκινητικότητα / απροσεξία (5 ερωτήματα)

4) σχέσεις με τους συνομηλίκους (5 ερωτήματα)

5) θετική κοινωνική συμπεριφορά(5 ερωτήματα)

Το 2^ο μέρος απευθύνεται σε άτομα που παρουσιάζουν δυσκολίες σε μία ή περισσότερες περιοχές: συναίσθημα, συγκέντρωση, συμπεριφορά, δυνατότητα να τα πηγαίνει καλά με τους άλλους ανθρώπους και οι ερωτήσεις αφορούν στη διάρκεια των δυσκολιών, την ανησυχία/ αναστάτωση και την κοινωνική ανεπάρκεια που προκαλούν αυτές οι δυσκολίες στο παιδί καθώς και την επιβάρυνση άλλων ατόμων του περιβάλλοντος. Έτσι προκύπτει μια ξεχωριστή βαθμολογία η υποκειμενική αντίληψη του παιδιού σε σχέση με την παρουσία, τη σοβαρότητα και την επίδραση των ψυχοκοινωνικών δυσκολιών στην καθημερινότητα των παιδιών και των οικογενειών τους.

Η συσχέτιση του SDQ με άλλες κλίμακες που εξετάζουν ανάλογες δυσκολίες έδειξε επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής του.

Στη στάθμιση σε ελληνικό δείγμα εφήβων, η εσωτερική συνέπεια ήταν αποδεκτή για τις συνολικές δυσκολίες, τα συναισθηματικά συμπτώματα και την κοινωνική συμπεριφορά, μέτρια για την κλίμακα υπερκινητικότητας / απροσεξίας και ανεπαρκής για τις σχέσεις με συνομηλίκους και τα συμπεριφορικά προβλήματα (Giannakopoulos et al., 2009).

Ερωτηματολόγιο γεγονότων

Για να διερευνηθεί η παρουσία- απουσία τραυματικού γεγονότος στον υπό μελέτη πληθυσμό χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο γεγονότων (Παράρτημα 3) το οποίο προέκυψε έπειτα από προσαρμογή της ημιδομημένης συνέντευξης για Διαταραχή Συναισθήματος και Σχιζοφρένεια σε παιδιά Σχολικής ηλικίας – Παρόν και Δια Βίου Επεισόδιο K- SADS-PL(Kaufmanetal., 1997;Kolaitisetal.,2003).

Η αρχική συνέντευξη, από την οποία προέκυψε το ερωτηματολόγιο, σκοπό έχει να διερευνήσει την ύπαρξη ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και να θέσει ψυχιατρικές διαγνώσεις σε παιδιά και εφήβους. Πρόκειται για μια ημιδομημένη παιδοψυχιατρική συνέντευξη που βασίζεται στο αντίστοιχο ερωτηματολόγιο για ενηλίκους (SADS). Αποτελεί εξέλιξη της συνέντευξης K-SADS –Present (Chambersetal., 1985) η οποία έχει σταθμιστεί σε ελληνικό κλινικό πληθυσμό παιδιών και εφήβων (Kolaitisetal., 2003).

Από την ανιχνευτική συνέντευξη του K-SADS- PL που διερευνά την ύπαρξη τραύματος στο παρελθόν, προκειμένου εάν αυτή προκύψει να συνεχίσει η εξέταση του παιδιού για διαταραχή μετά από τραυματικό στρες, προέκυψε το ερωτηματολόγιο γεγονότων που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα. Πιο συγκεκριμένα, η συνέντευξη που αφορά στα τραυματικά γεγονότα και διερευνά σημαντικά τραυματικά γεγονότα, όπως αυτοκινητιστικό ή άλλο ατύχημα, πυρκαγιά ή μάρτυρας άλλης φυσικής καταστροφής, μάρτυρας ή θύμα βίαιου εγκλήματος, τραυματικά νέα, μάρτυρας βία στην οικογένεια, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, προσαρμόστηκαν σε 11 ερωτήσεις που εξετάζουν τα ίδια πεδία σε μορφή

παρουσίας- απουσίας (NAI- OXI). Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις 1 και 2 εξετάζουν εμπλοκή σε και τραυματισμό από αυτοκινητιστικό ή άλλο ατύχημα, οι ερωτήσεις 3 και 4 εξετάζουν μαρτυρία πυρκαγιάς ή άλλης φυσικής καταστροφής που οδήγησε σε σημαντικές υλικές ζημιές ή τραυματισμό. Η 5^η ερώτηση αφορά σε μαρτυρία βίαιου εγκλήματος. Η 6^η ερώτηση εξετάζει τη θυματοποίηση από βίαιο έγκλημα, η 7^η τα τραυματικά νέα, η 8^η την μαρτυρία ενδοοικογενειακής βίας η 9^η τη σωματική κακοποίηση και η 10 και 11^η εξετάζουν την σεξουαλική κακοποίηση.

Ερωτηματολόγιο δημογραφικών:

Χρησιμοποιήθηκε ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο δημογραφικών δεδομένων (Παράρτημα 4), που προσαρμόστηκε στις ιδιαίτερες ανάγκες του υπό μελέτη πληθυσμού και προοριζόταν για συμπλήρωση από τους ίδιους τους εφήβους.

Συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε τις ενότητες:

- ο εαυτός μου, με ερωτήσεις για: το φύλο του παιδιού, την ηλικία του, την τάξη που πηγαίνει, την πόλη που διαμένει.
- η οικογένειά μου (για τους εφήβους που μένουν με τις οικογένειές τους) και οι άνθρωποι με τους οποίους διαμένω εδώ (για τα παιδιά που διαμένουν σε δομές ιδρυματικής φροντίδας- παιδικής προστασίας) αντίστοιχα. Επιπλέον για τους εφήβους της ομάδας ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν και ερωτήσεις για το επάγγελμα του πατέρα και της μητέρας, προκειμένου για μια αδρή εκτίμηση του βιοτικού και μορφωτικού επιπέδου της οικογένειας, ερωτήσεις που αφαιρέθηκαν από τα ερωτηματολόγια των υπολοίπων εφήβων από διακριτικότητα. Στους εφήβους των ιδρυμάτων Χατζηκώνστα και Αγία Βαρβάρα, χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον ερωτήσεις που αφορούσαν στην ηλικία που ήρθαν εδώ (εννοώντας το ίδρυμα) για να εκτιμηθεί

η πιθανότητα οι όποιες ψυχωτικές εμπειρίες να σχετίζονται με την ιδρυματοποίηση, ερώτηση για το αν συναντούν τους συγγενείς ή τους αναδόχους γονείς τους ακόμα, αλλά και ερώτηση για το με ποιους ανθρώπους διέμεναν ακριβώς πριν έρθουν εδώ (ίδρυμα), ερωτήσεις που δεν χρησιμοποιήθηκαν στον πληθυσμό των χωριών ΣΟΣ, καθώς ζητήθηκε να αφαιρεθούν.

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Σε πρώτη φάση έγινε επικοινωνία με έξι φορείς παιδικής προστασίας και ιδρυματικής φροντίδας, Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου αλλά και εκκλησιαστικής μέριμνας. Συγκεκριμένα οι φορείς με τους οποίους έγινε η αρχική επικοινωνία είναι: Το Χαμόγελο του Παιδιού, Τα παιδικά χωριά SOS, η παιδόπολη «Αγία Βαρβάρα», το ίδρυμα Χατζηκώνστα, το Χατζηκυριάκειο ίδρυμα και η Κιβωτός του Κόσμου. Η αρχική επικοινωνία πραγματοποιήθηκε μέσω τηλεφωνικής ενημέρωσης αλλά και με αποστολή μηνύματος ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, παρέχοντας πλήρη ενημέρωση για την έρευνα (ερευνητικό πρωτόκολλο, σχετικές άδειες) αλλά και για τα ερωτηματολόγια που θα χρησιμοποιηθούν. Φάνηκε όμως αρκετά δύσκολο να συλλεχθεί επαρκές δείγμα από κάποιους φορείς, οι οποίοι κατά κύριο λόγο δεν ήθελαν να εμπλακούν, καθώς προέβαλαν δυσκολίες ως προς την φύση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου γεγονότων, την έντυπη συγκατάθεσή τους για την χορήγηση ερωτηματολογίων στον πληθυσμό τους ή –όπως δήλωσαν- επειδή είχαν συμμετάσχει πρόσφατα σε σχετικού θέματος έρευνες και δεν ήθελαν να επιβαρύνουν περαιτέρω τα παιδιά. Έτσι προέκυψαν 3 φορείς για τη συλλογή των δεδομένων : Τα Παιδικά Χωριά Σος, η Παιδόπολη της Αγίας Βαρβάρας και το Ίδρυμα Χατζηκώνστα, από τους οποίους εξασφαλίστηκε άδεια από τις αντίστοιχες επιστημονικές επιτροπές. Επιπλέον, εδόθησαν και εξασφαλίστηκαν από όλους τους συνεργαζόμενους φορείς, έντυπα συγκατάθεσης κατόπιν ενημέρωσης για τη συμμετοχή των

εφήβων στην παρούσα έρευνα. Όσον αφορά τον πληθυσμό ελέγχου, τα αντίστοιχα έντυπα εδόθησαν και εξασφαλίστηκαν από τους γονείς των εφήβων που συμμετείχαν στην έρευνα.

Δομές

Στις 3 δομές πραγματοποιήθηκε επίσκεψη και ενημέρωση των υπευθύνων που θα παρείχαν τη συγκατάθεση για τα παιδιά για το σκοπό της παρούσας έρευνας, καθώς και την προστασία των προσωπικών τους δεδομένων. Ενημερώθηκαν επιπλέον και οι συμμετέχοντες πλήρως για το περιεχόμενο της έρευνας, τα οφέλη και τυχόν κινδύνους που μπορεί να προκύψουν από τη συμμετοχή τους στην έρευνα, την προστασία των προσωπικών τους δεδομένων, την εθελοντική συμμετοχή τους, τη δυνατότητά τους οποιαδήποτε στιγμή να εγκαταλείψουν την έρευνα καθώς και τα πλήρη στοιχεία επικοινωνίας με την ερευνήτρια για οποιοσδήποτε περαιτέρω διευκρινήσεις, πληροφορίες που περιλήφθησαν στο έντυπο συγκατάθεσης εφήβου που συνόδευε όλα τα ερωτηματολόγια (Παράρτημα).

Παιδικά Χωριά Σος (Βάρης- Πλαγιαρίου- Θράκης):το Παιδικό Χωριό SOS Βάρης, αποτελείται από 12 σπίτια οικογενειών SOSγια 72 παιδιά, το χωριό του Πλαγιαρίου από 10 σπίτια οικογενειών SOS για 60 παιδιάκαι το χωριό της Θράκηςαπό έξι σπίτια οικογενειών SOS, για μακρόχρονη προστασία και φροντίδα έως 36 παιδιών που στερούνται την φυσική τους οικογένεια (<http://www.sos-villages.gr/>). Διαφοροποιείται από τις υπόλοιπες δομές ως προς την παροχή οικογενειακού τύπου φροντίδας στα παιδιά, αφού στα σπίτια που κατοικούν τα παιδιά, υπάρχει ο θεσμός της «μητέρας ΣΟΣ», της «θείας» κλπ. Στα Παιδικά χωριά Πλαγιαρίου και Θράκης, τα ερωτηματολόγια εστάλησαν σε αριθμημένους φακέλους για το κάθε παιδί ξεχωριστά, με ταχυδρομική αποστολή, όπως και επεστράφησαν στην ερευνήτρια

συμπληρωμένα και σφραγισμένα. Στο Παιδικό χωριό Βάρης τα ερωτηματολόγια εδόθησαν στο Διευθυντή και παρελήφθησαν από τον ίδιο με την αυτοπρόσωπη παρουσία της ερευνήτριας.

Η Παιδόπολη της Αγίας Βαρβάρας, συνιστά περιφερειακή υπηρεσία του Κέντρου Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Αττικής υπό την αιγίδα του Υπουργείου Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (<http://www.kkppa.gr/>).

Το Ίδρυμα Γεωργ. & Αικ. Χατζηκώνστα – Εκπαιδευτικής Μέριμνας αναλαμβάνει τη φιλοξενία, την περίθαλψη, την ανατροφή και την εκπαίδευση αγοριών και κοριτσιών. Στο χώρο του Ιδρύματος φιλοξενούνται, ως εσωτερικοί οικότροφοι, παιδιά ηλικίας από 6 έως 18 ετών και φοιτούν στα δημόσια σχολεία της περιοχής. Εξειδικευμένο προσωπικό τα βοηθά την καθημερινή μελέτη, ενώ ειδικοί επιστήμονες φροντίζουν για την ψυχοκινητική τους ανάπτυξη. Τα παιδιά παρακολουθούν φροντιστήρια και συμμετέχουν σε αθλητικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες(<http://xatzikonsta.gr/?p=17>).

Τόσο στην Παιδόπολη της Αγίας Βαρβάρας όσο και στο ίδρυμα Χατζηκώνστα, η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε υπό την παρουσία της ερευνήτριας, καθώς υπήρξε η σκέψη από του υπευθύνους ότι σε διαφορετική περίπτωση, θα υπήρχε απώλεια δεδομένων και άρση του απορρήτου μεταξύ των παιδιών, χωρίς την παρουσία επιβλέποντος, σκέψη που εκ των αποτελεσμάτων προέκυψε σωστή, αφού με αυτόν τον τρόπο αποφεύχθηκε η ελλιπής συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και απαντήθηκαν τυχόν ερωτήσεις των συμμετεχόντων που διευκόλυναν τόσο τη διαδικασία συμπλήρωσης όσο και την αξιοπιστία των απαντήσεών τους.

Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (StandardDeviation=SD), οι διάμεσοι(median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartilerange) χρησιμοποιήθηκαν για

την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ή του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διάφορες κλίμακες CAPE και SDQ από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συλλέχθηκαν στοιχεία από 119 παιδιά με μέση ηλικία τα 14,6 έτη ($SD=1,6$ έτη). Το 40,3% των εφήβων προερχόταν από την κοινότητα και το υπόλοιπο 59,7% από ιδρύματα. Συγκεκριμένα, το 60,6% των εφήβων από ιδρύματα ήταν από τα χωριά SOS, το 31,0% από το ίδρυμα Χατζηκώνστα, το 8,5% από την Αγία Βαρβάρα. Το 42,0% των εφήβων ήταν αγόρια και το 26,1% πήγαινε στην Β' λυκείου. Η πλειοψηφία των εφήβων έμενε στην Αθήνα, με το ποσοστό να είναι 71,4%. (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία εφήβων

		N	%
Φύλο	Κορίτσι	69	58,0
	Αγόρι	50	42,0
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		14,6 (1,6)	
Τάξη	A Γυμνασίου	28	23,5
	B Γυμνασίου	14	11,8
	Γ Γυμνασίου	20	16,8
	A Λυκείου	19	16,0
	B Λυκείου	31	26,1
	Γ Λυκείου	4	3,4
	Ειδικό Σχολείο	0	0,0
	ΣΤ Δημοτικού	3	2,5
Πόλη	Αθήνα	85	71,4
	Θεσσαλονίκη	18	15,1
	Αλεξανδρούπολη	7	5,9
	Άλλο	0	0,0
	Χαλκίδα	9	7,6
Προέλευση δείγματος	Κοινότητα	48	40,3
	Ιδρύματα	71	59,7
Ιδρύματα	Χωριά SOS	43	60,6
	Αγία Βαρβάρα	6	8,5
	Χατζηκώνστα	22	31,0

Ως προς τις συνθήκες διαμονής του πληθυσμού (Πίνακας 2): Το 37,2% των εφήβων από τα χωριά SOS έμενε με την μητέρα ΣΟΣ και μη βιολογικά αδέρφια και το 72,9% των εφήβων κοινότητας έμενε με τους βιολογικούς τους γονείς. Όλα οι έφηβοι από την Αγία Βαρβάρα και το 50% των εφήβων από το ίδρυμα Χατζηκώνστα έμεναν με άλλα κορίτσια. Το 50,0% των εφήβων από την Αγία Βαρβάρα και το 40,9% των εφήβων από το ίδρυμα Χατζηκώνστα έμενε με τους βιολογικούς τους γονείς πριν. Η μέση ηλικία στην οποία πήγαν στην Αγία Βαρβάρα ήταν τα 14,3 έτη (SD=1,6 έτη) και στο ίδρυμα Χατζηκώνστα ήταν τα 11,8 έτη (SD=2,8 έτη). Ακόμα, και το 66,7% των εφήβων από την Αγία Βαρβάρα και το 77,3% των εφήβων από το ίδρυμα Χατζηκώνστα βλέπει τους συγγενείς ή τους αναδόχους.

Πίνακας 2: Συνθήκες διαμονής εφήβων

		Έφηβοι από							
		κοινότητα		Ιδρύματα					
				Χωριά SOS		Αγία Βαρβάρα		Χατζηκώνστα	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Εδώ μένω με	Βιολογικά αδέρφια και άλλα κορίτσια	-	-	-	-	-	-	11	50
	Με άλλα κορίτσια	-	-	-	-	6	100	11	50
	Μητέρα ΣΟΣ	-	-	2	4,7	-	-	-	-
	Μητέρα ΣΟΣ και βιολογικά αδέρφια	-	-	12	27,9	-	-	-	-
	Μητέρα ΣΟΣ και μη βιολογικά αδέρφια	-	-	16	37,2	-	-	-	-
	Μητέρα ΣΟΣ, βιολογικά και μη αδέρφια	-	-	12	27,9	-	-	-	-
	Βιολογικοί γονείς	35	72,9	-	-	-	-	-	-
	Βιολογική μητέρα	9	18,8	-	-	-	-	-	-
	Βιολογική μητέρα και θετός πατέρας	2	4,2	-	-	-	-	-	-
	Βιολογικός πατέρας	1	2,1	-	-	-	-	-	-
	Ανάδοχοι γονείς	1	2,1	-	-	-	-	-	-
	Με άλλον	-	-	1	2,3	-	-	-	-
Άνθρωποι με τους οποίους έμενα ακριβώς πριν έρθω εδώ	Βιολογικοί γονείς	-	-	-	-	3	50	9	40,9
	Βιολογική μητέρα	-	-	-	-	-	-	4	18,2
	Βιολογική μητέρα και θετός πατέρας	-	-	-	-	2	33,3	1	4,5
	Βιολογικός πατέρας	-	-	-	-	-	-	3	13,6
	Ανάδοχοι γονείς	-	-	-	-	1	16,7	-	-
	Άλλον	-	-	-	-	-	-	3	13,6
	άλλο ίδρυμα	-	-	-	-	-	-	2	9,1

Σε ποιά ηλικία ήρθατε εδώ, μέση τιμή (SD)						14,3 (1,6)		11,8 (2,8)	
Βλέπω τους συγγενείς ή αναδόχους	Ναι	-	-	-	-	4	66,7	17	77,3
	Όχι	-	-	-	-	2	33,3	5	22,7

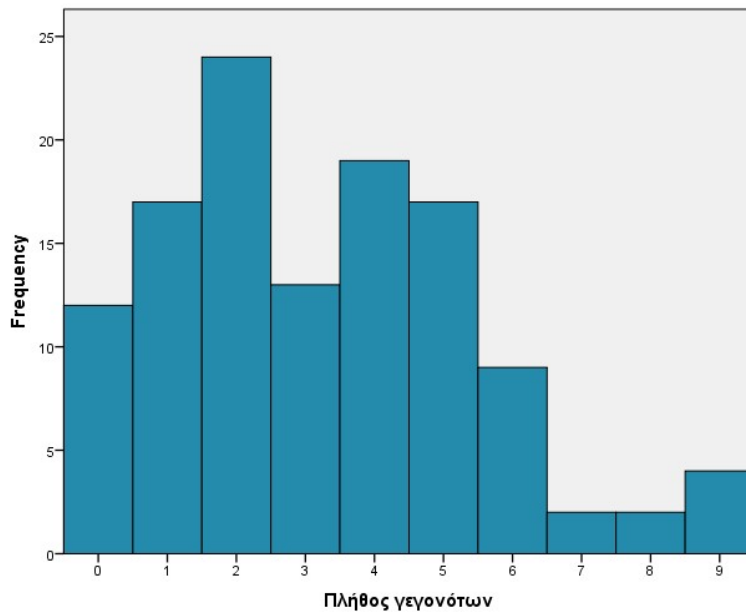
Ερωτηματολόγιο τραύματος

Το 89,9% των εφήβων είχαν βιώσει κάποια τραυματική εμπειρία. Οι συχνότερες που αναφέρθηκαν ήταν η αρρώστια ή θάνατος και οι σωματικοί καβγάδες στην οικογένεια με τα ποσοστά να είναι 70,6% και 52,1% αντίστοιχα. Το 87,4% των εφήβων είχαν βιώσει κάποια τραύμα με “intention to harm”. Ο διάμεσος αριθμός γεγονότων που είχαν βιώσει οι έφηβοι ήταν 3 (ενδ. εύρος: 2 - 5) (Πίνακας 3- Γράφημα 1).

Πίνακας 3:Τραυματικές εμπειρίες εφήβων

		N	%
Έχετε βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός;	Όχι	12	10,1
	Ναι	107	89,9
Αν ναι, τι	Τροχαίο ατύχημα	21	17,6
	Άλλο τροχαίο	15	12,6
	Πυρκαγιά	15	12,7
	Άλλη φυσική καταστροφή	25	21,0
	Μάρτυρας κλοπής/ληστείας/επίθεσης	39	32,8
	Σωματική επίθεση	37	31,1
	Αρρώστια ή Θάνατος	84	70,6
	Σωματικοί καβγάδες στην οικογένεια	62	52,1
	Σωματική κακοποίηση	41	34,5
	Ασέλγεια-Θωπείες	29	24,4
	Σεξουαλική κακοποίηση	17	14,3
Τραύμα με “intention to harm”		104	87,4
Πλήθος γεγονότων, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		3,2 (2,2)	3 (2 - 5)

Γράφημα 1: Πλήθος τραυματικών γεγονότων



Οι έφηβοι των ιδρυμάτων είχαν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους εφήβους κοινότητας. Πιο συγκεκριμένα, οι έφηβοι αυτοί, είχαν βιώσει σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό τροχαίο ατύχημα, άλλο τροχαίο, σωματική επίθεση, σωματικούς καβγάδες στην οικογένεια, σωματική κακοποίηση, ασέλγεια-θωπείες και σεξουαλική κακοποίηση σε σύγκριση με τα άλλα παιδιά. Ακόμα, το πλήθος των τραυματικών εμπειριών ήταν σημαντικά μεγαλύτερο στο πληθυσμό των ιδρυμάτων (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Έφηβοι με κάποια τραυματική εμπειρία, ανάλογα με την προέλευση του δείγματος

		Έφηβοι από:				P Pearson's x ² test
		Κοινότητα		Ιδρύματα		
		N	%	N	%	
Έχετε βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός;	Όχι	8	16,7	4	5,6	0,050
	Ναι	40	83,3	67	94,4	
Αν ναι, τι						
Τροχαίο ατύχημα	Όχι	46	95,8	52	73,2	0,002
	Ναι	2	4,2	19	26,8	
Άλλο τροχαίο	Όχι	46	95,8	58	81,7	0,023
	Ναι	2	4,2	13	18,3	
Πυρκαγιά	Όχι	45	93,8	58	82,9	0,081
	Ναι	3	6,3	12	17,1	
Άλλη φυσική καταστροφή	Όχι	34	70,8	60	84,5	0,072
	Ναι	14	29,2	11	15,5	
Μάρτυρας κλοπής/ληστείας/επίθεση	Όχι	35	72,9	45	63,4	0,277
	Ναι	13	27,1	26	36,6	

Σωματική επίθεση	Όχι	39	81,3	43	60,6	0,017
	Ναι	9	18,8	28	39,4	
Αρρώστια ή Θάνατος	Όχι	11	22,9	24	33,8	0,201
	Ναι	37	77,1	47	66,2	
Σωματικοί καβγάδες στην οικογένεια	Όχι	31	64,6	26	36,6	0,003
	Ναι	17	35,4	45	63,4	
Σωματική κακοποίηση	Όχι	39	81,3	39	54,9	0,003
	Ναι	9	18,8	32	45,1	
Ασέλγεια-Θωπείες	Όχι	45	93,8	45	63,4	<0,001
	Ναι	3	6,3	26	36,6	
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι	46	95,8	56	78,9	0,009
	Ναι	2	4,2	15	21,1	
Τραύμαμε “intention to harm”	Όχι	8	16,7	7	9,9	0,272
	Ναι	40	83,3	64	90,1	
Πλήθος γεγονότων, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		2,3 (1,9)	2 (1 - 4)	3,9 (2,2)	4 (2 - 5)	<0,001+

[†]Mann-Whitney test

Κλίμακα ψυχωτικών εμπειριών (CAPE)

Στον πίνακα 5 που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των εφήβων στις διαστάσεις της κλίμακας ψυχωτικών εμπειριών. Οι βαθμολογίες κυμαίνονται από 1 έως 4 μονάδες με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερη συχνότητα και δυσφορία από τις ψυχωσικές συμπεριφορές.

Πίνακας 5: οι βαθμολογίες των εφήβων στις διαστάσεις του CAPE

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD
Θετική διάσταση (συχνότητα)	1,06	3,28	1,87	0,48
Διάσταση κατάθλιψης (συχνότητα)	1,00	3,50	2,03	0,56
Αρνητική διάσταση (συχνότητα)	1,07	3,29	1,99	0,49
Θετική διάσταση (δυσφορία)	1,00	3,75	2,29	0,52
Διάσταση κατάθλιψης (δυσφορία)	1,00	4,00	2,66	0,61
Αρνητική διάσταση (δυσφορία)	1,00	3,75	2,44	0,61
Συνολική βαθμολογία CAPE (συχνότητα)	1,13	3,05	1,95	0,44
Συνολική βαθμολογία CAPE (δυσφορία)	1,14	3,71	2,43	0,48

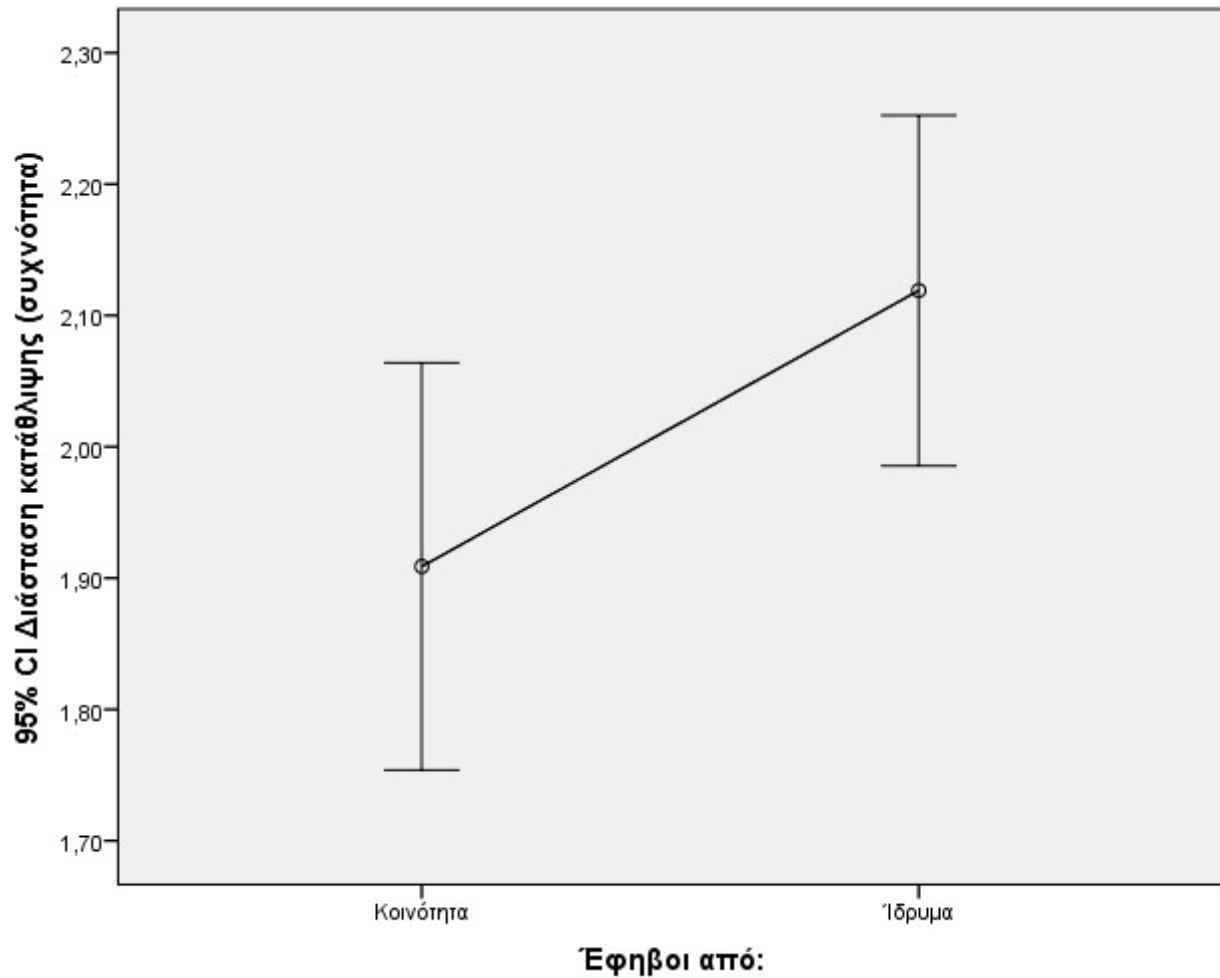
Η μέση συνολική βαθμολογία στην υποκλίμακα της συχνότητας ήταν 1,95 μονάδες (SD=0,44 μονάδες) και στην υποκλίμακα της δυσφορίας ήταν 2,43 μονάδες (SD=0,48 μονάδες). Οι έφηβοι των ιδρυμάτων είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στη διάσταση κατάθλιψης και συγκεκριμένα στην υποκλίμακα της συχνότητας σε σύγκριση με τους εφήβους κοινότητας (Γράφημα 2). Άρα οι έφηβοι αυτοί εκδηλώνουν σε μεγαλύτερη συχνότητα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σύγκριση με τους υπόλοιπους εφήβους. Οι υπόλοιπες βαθμολογίες ήταν παρόμοιες στις δύο ομάδες παιδιών (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: οι βαθμολογίες των εφήβων στις διαστάσεις του CAPE, ανάλογα με την προέλευση του δείγματος

	Έφηβοι από:				P Student's t-test
	Κοινότητα		Ιδύματα		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
Θετική διάσταση (συχνότητα)	1,87	0,53	1,87	0,45	0,937
Διάσταση κατάθλιψης (συχνότητα)	1,91	0,53	2,12	0,56	0,044

Αρνητική διάσταση (συχνότητα)	1,93	0,52	2,02	0,48	0,318
Θετική διάσταση (δυσφορία)	2,27	0,49	2,30	0,54	0,748
Διάσταση κατάθλιψης (δυσφορία)	2,71	0,52	2,62	0,67	0,452
Αρνητική διάσταση (δυσφορία)	2,55	0,59	2,37	0,61	0,116
Συνολική βαθμολογία CAPE (συχνότητα)	1,90	0,45	1,98	0,43	0,350
Συνολική βαθμολογία CAPE (δυσφορία)	2,46	0,45	2,40	0,51	0,538

Γράφημα 2: Βαθμολογία εφήβων στη διάσταση κατάθλιψης όσο αφορά στη συχνότητα ανάλογα με την προέλευση του δείγματος.



Κλίμακα δυσκολιών (SDQ)

Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν περισσότερες δυσκολίες εκτός από τη διάσταση «Prosocial» που υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν καλύτερη κατάσταση.

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Emotional» ήταν 3,52 μονάδες (SD=2,39 μονάδες), στη διάσταση «Conduct Problems» ήταν 3,18 μονάδες (SD=1,93 μονάδες), στη διάσταση «Hyperactivity» ήταν 3,86 μονάδες (SD=2,30 μονάδες), στη διάσταση «Peer Problems» ήταν 2,68 μονάδες (SD=2,06 μονάδες) και στη διάσταση «Prosocial» ήταν 7,41 μονάδες (SD=2,18 μονάδες). Η συνολική βαθμολογία ήταν 13,30 μονάδες κατά μέσο όρο (SD=5,77 μονάδες) (Πίνακας 7).

Πίνακας 7:Βαθμολογίες των εφήβων στις διαστάσεις της κλίμακας δυσκολιών

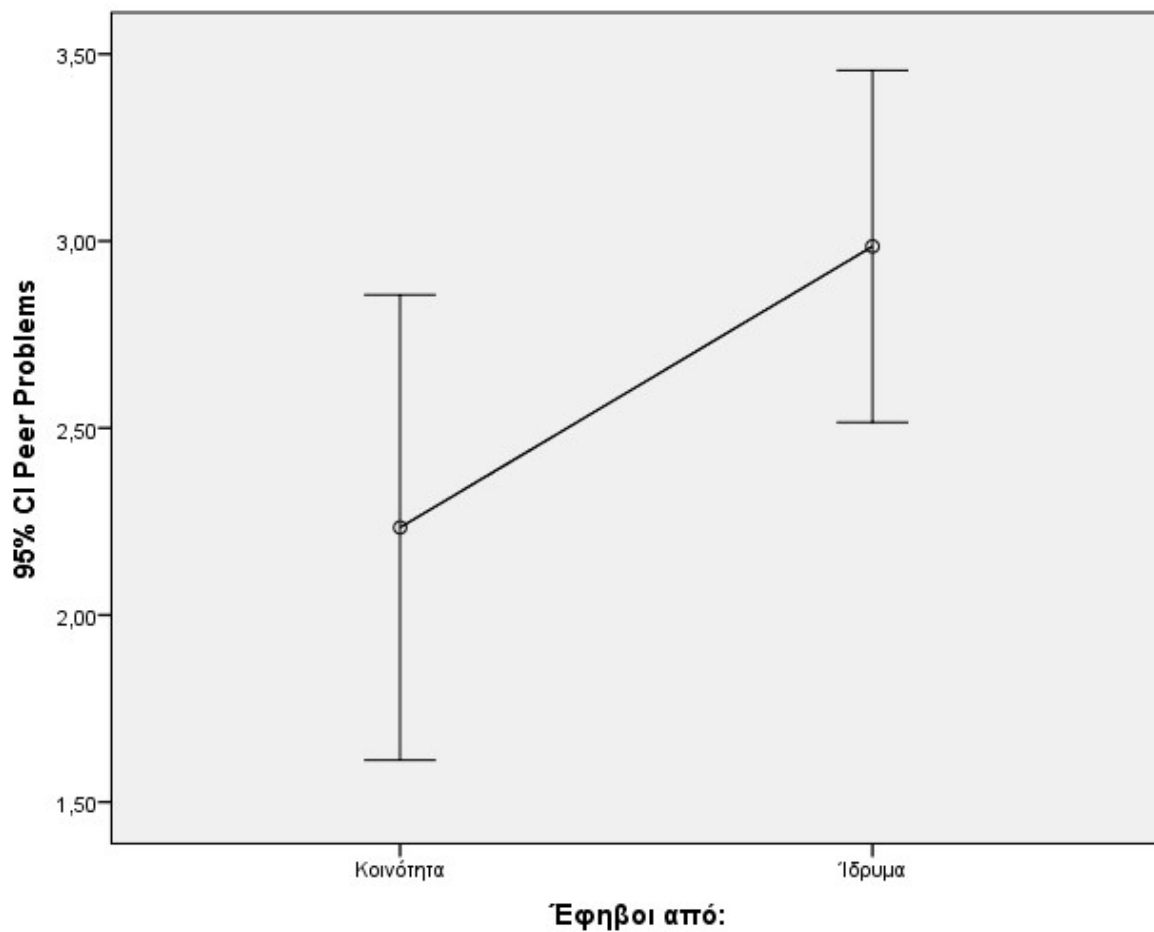
	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD
Emotional	0,00	10,00	3,52	2,39
Conduct Problems	0,00	8,00	3,18	1,93
Hyperactivity	0,00	10,00	3,86	2,30
Peer Problems	0,00	8,00	2,68	2,06
Prosocial	1,00	10,00	7,41	2,18
Total SDQ score	2,00	29,00	13,30	5,77

Μόνο η βαθμολογία στη διάσταση «Peer Problems» βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων. Συγκεκριμένα, σημαντικά περισσότερες δυσκολίες με τους συνομηλίκους τους είχαν οι έφηβοι των ιδρυμάτων (Πίνακας 8- Γράφημα 3).

Πίνακας 8:Βαθμολογίες των εφήβων στις διαστάσεις της κλίμακας δυσκολιών, ανάλογα με την προέλευση του δείγματος.

	Έφηβοι από:				P Student's t-test
	Κοινότητα		Ιδρύματα		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
Emotional	3,32	2,50	3,66	2,31	0,455
Conduct Problems	2,94	2,04	3,34	1,86	0,271
Hyperactivity	4,07	2,81	3,73	1,92	0,448
Peer Problems	2,23	2,12	2,99	1,97	0,050
Prosocial	7,66	1,78	7,24	2,41	0,313
Total SDQ score	12,72	6,60	13,70	5,16	0,376

Γράφημα 3:Βαθμολογία στη διάσταση «Peer Problems» των εφήβων ανάλογα με την προέλευση του δείγματος.



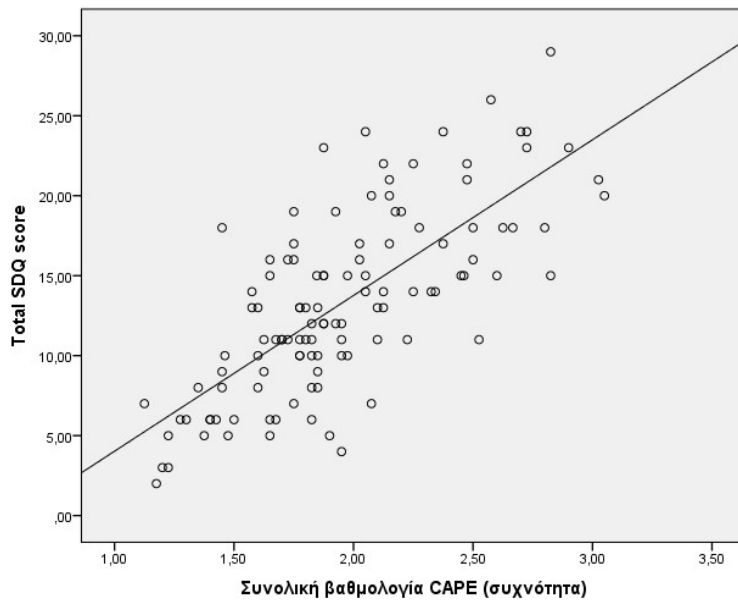
Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων SDQ και CAPE.

Υπήρξαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ όλων σχεδόν των διαστάσεων των κλιμάκων SDQ και CAPE. Συνεπώς περισσότερες ψυχωσικές εμπειρίες και μεγαλύτερη δυσφορία από τις εμπειρίες αυτές σχετίζονταν με περισσότερες δυσκολίες στη συμπεριφορά των εφήβων (Πίνακας 9- Γραφήματα 4 & 5).

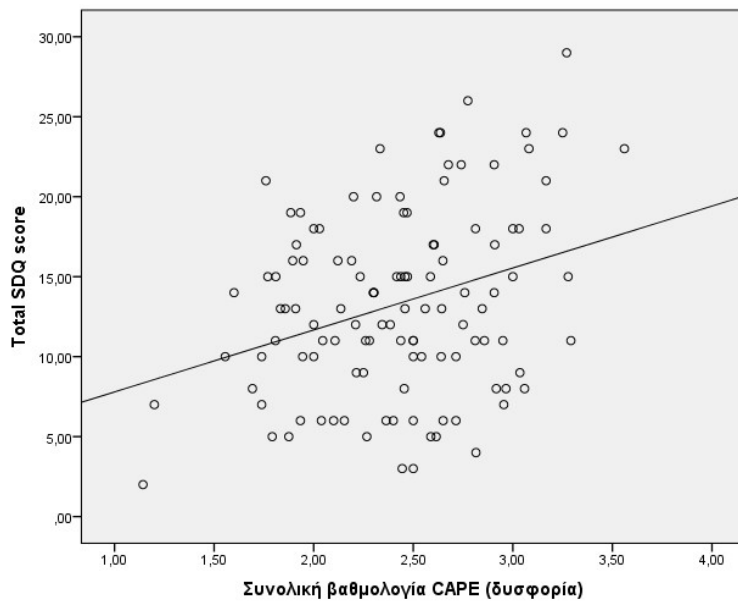
Πίνακας 9: Συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων των κλιμάκων SDQ και CAPE, στο σύνολο των εφήβων.

		Emotional	Conduct Problems	Hyperactivity	Peer Problems	Prosocial	Total SDQ score
Θετική διάσταση (συχνότητα)	r	0,39	0,37	0,30	0,44	-0,16	0,55
	P	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	0,086	<0,001
Διάσταση κατάθλιψης (συχνότητα)	r	0,67	0,29	0,36	0,52	-0,03	0,69
	P	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	0,752	<0,001
Αρνητική διάσταση (συχνότητα)	r	0,55	0,21	0,51	0,57	-0,29	0,69
	P	<0,001	0,025	<0,001	<0,001	0,001	<0,001
Θετική διάσταση (δυσφορία)	r	0,23	0,09	-0,02	0,27	-0,05	0,20
	P	0,015	0,345	0,823	0,003	0,562	0,029
Διάσταση κατάθλιψης (δυσφορία)	r	0,45	-0,01	0,16	0,31	0,11	0,38
	P	<0,001	0,941	0,080	0,001	0,258	<0,001
Αρνητική διάσταση (δυσφορία)	r	0,34	-0,05	0,11	0,17	0,15	0,22
	P	<0,001	0,598	0,229	0,076	0,116	0,017
Συνολική βαθμολογία CAPE (συχνότητα)	r	0,59	0,34	0,45	0,58	-0,20	0,73
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,028	<0,001
Συνολική βαθμολογία CAPE (δυσφορία)	r	0,39	0,05	0,09	0,29	0,06	0,31
	P	<0,001	0,626	0,346	0,001	0,553	0,001

Γράφημα 4:Συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας στην κλίμακα SDQμε τις συνολικές βαθμολογίες συχνότητας



Γράφημα 5: Συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας στην κλίμακα SDQμε τις συνολικές βαθμολογίες δυσφορίας



Υπήρξαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ αρκετών διαστάσεων των κλιμάκων SDQκαι CAPE. Συνεπώς περισσότερες ψυχωτικές εμπειρίες και μεγαλύτερη δυσφορία από τις εμπειρίες αυτές σχετίζονταν με περισσότερες δυσκολίες στη συμπεριφορά των εφήβων της κοινότητας(Πίνακας 10).

Πίνακας 10: Συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων των κλιμάκων SDQ και CAPE, στους εφήβους της κοινότητας.

		Emotional	Conduct Problems	Hyperactivity	Peer Problems	Prosocial	Total SDQ score
Θετική διάσταση (συχνότητα)	r	0,41	0,60	0,41	0,41	-0,37	0,63
	P	0,005	<0,001	0,005	0,004	0,011	<0,001
Διάσταση κατάθλιψης (συχνότητα)	r	0,75	0,57	0,48	0,45	-0,27	0,79
	P	<0,001	<0,001	0,001	0,001	0,063	<0,001
Αρνητική διάσταση (συχνότητα)	r	0,68	0,25	0,52	0,52	-0,51	0,70
	P	<0,001	0,088	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Θετική διάσταση (δυσφορία)	r	0,20	0,03	0,07	0,18	-0,18	0,13
	P	0,178	0,837	0,624	0,223	0,223	0,380
Διάσταση κατάθλιψης (δυσφορία)	r	0,57	0,05	0,21	0,36	-0,18	0,43
	P	<0,001	0,753	0,162	0,014	0,220	0,003
Αρνητική διάσταση (δυσφορία)	r	0,45	0,12	0,14	0,20	-0,11	0,30
	P	0,001	0,441	0,338	0,171	0,478	0,043
Συνολική βαθμολογία CAPE (συχνότητα)	r	0,66	0,55	0,54	0,53	-0,46	0,80
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001
Συνολική βαθμολογία CAPE (δυσφορία)	r	0,48	0,11	0,18	0,28	-0,19	0,34
	P	0,001	0,461	0,243	0,056	0,193	0,021

Υπήρξαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ αρκετών διαστάσεων των κλιμάκων SDQ και CAPE. Συνεπώς περισσότερες ψυχωτικές εμπειρίες και μεγαλύτερη δυσφορία από τις εμπειρίες αυτές σχετίζονταν με περισσότερες δυσκολίες στη συμπεριφορά των εφήβων από ιδρύματα (Πίνακας 11).

Πίνακας 11: Συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων των κλιμάκων SDQ και CAPE, στους εφήβους από ιδρύματα.

		Emotional	Conduct Problems	Hyperactivity	Peer Problems	Prosocial	Total SDQ score
Θετική διάσταση (συχνότητα)	r	0,38	0,18	0,19	0,49	-0,05	0,48
	P	0,001	0,128	0,117	<0,001	0,681	<0,001
Διάσταση κατάθλιψης (συχνότητα)	r	0,61	0,08	0,31	0,53	0,11	0,62
	P	<0,001	0,489	0,008	<0,001	0,365	<0,001
Αρνητική διάσταση (συχνότητα)	r	0,45	0,16	0,53	0,60	-0,18	0,68
	P	<0,001	0,192	<0,001	<0,001	0,144	<0,001
Θετική διάσταση (δυσφορία)	r	0,24	0,12	-0,10	0,34	0,01	0,27
	P	0,046	0,320	0,408	0,004	0,954	0,027
Διάσταση κατάθλιψης (δυσφορία)	r	0,40	-0,03	0,13	0,32	0,21	0,37
	P	0,001	0,819	0,266	0,007	0,082	0,002
Αρνητική διάσταση (δυσφορία)	r	0,28	-0,14	0,07	0,20	0,25	0,20
	P	0,018	0,248	0,592	0,103	0,036	0,108
Συνολική βαθμολογία CAPE (συχνότητα)	r	0,52	0,16	0,40	0,61	-0,06	0,67
	P	<0,001	0,178	0,001	<0,001	0,606	<0,001
Συνολική βαθμολογία CAPE (δυσφορία)	r	0,35	0,01	0,01	0,33	0,16	0,32
	P	0,003	0,912	0,905	0,005	0,187	0,007

Συσχέτιση του ερωτηματολογίου τραύματος με την κλίμακα SDQ.

Στο σύνολο των εφήβων, όσα περισσότερα τραυματικά γεγονότα είχαν βιώσει τόσο περισσότερες δυσκολίες είχαν στις διαστάσεις «Emotional», «ConductProblems», «PeerProblems» αλλά και συνολικά. Οι έφηβοι της κοινότητας, όσα περισσότερα τραυματικά γεγονότα είχαν βιώσει τόσο περισσότερες δυσκολίες είχαν στη διάσταση «ConductProblems». Στους εφήβους των ιδρυμάτων, όσα περισσότερα τραυματικά γεγονότα είχαν βιώσει τόσο περισσότερες δυσκολίες είχαν στη διάσταση «Emotional» (Πίνακας 12).

Πίνακας 12: Συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας SDQ και του πλήθους τραυματικών γεγονότων, συνολικά και ανά ομάδα εφήβων

		Πλήθος γεγονότων		
		Σύνολο παιδιών	Έφηβοι κοινότητας	Έφηβοι ιδρυμάτων
Emotional	r	0,23	0,15	0,26
	P	0,012	0,309	0,032
Conduct Problems	r	0,24	0,47	0,02
	P	0,008	0,001	0,863
Hyperactivity	r	0,03	0,06	0,04
	P	0,726	0,694	0,757
Peer Problems	r	0,21	0,17	0,15
	P	0,023	0,259	0,205
Prosocial	r	-0,02	-0,13	0,05
	P	0,824	0,399	0,674
Total SDQ score	r	0,26	0,26	0,21
	P	0,005	0,087	0,082

Σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην διάσταση «Emotional», υποδηλώνοντας περισσότερα προβλήματα στη συγκεκριμένη διάσταση, είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει σωματική επίθεση και εκείνοι που είχαν βιώσει ασέλγεια-θωπείες. Επίσης, σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην διάσταση «Conduct Problems», υποδηλώνοντας περισσότερα προβλήματα στη συγκεκριμένη διάσταση, είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει άλλη φυσική καταστροφή και εκείνοι που είχαν βιώσει ασέλγεια-θωπείες (Πίνακας 13).

Πίνακας 13:Βαθμολογίες στις διαστάσεις «Emotional», «Conduct Problems» και «Hyperactivity» ανάλογα με τα τραυματικά γεγονότα

		Emotional	P	Conduct Problems	P	Hyperactivity	P
		Μέση τιμή (SD)	Student's t-test	Μέση τιμή (SD)	Student's t-test	Μέση τιμή (SD)	Student's t-test
Έχετε βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός;	Όχι	2,67 (2,27)	0,192	2,5 (1,73)	0,201	3,75 (2,99)	0,858
	Ναι	3,62 (2,39)		3,25 (1,95)		3,88 (2,23)	
Τροχάιο ατύχημα	Όχι	3,46 (2,31)	0,569	3,08 (1,87)	0,251	3,92 (2,41)	0,594
	Ναι	3,8 (2,78)		3,62 (2,2)		3,62 (1,77)	
Άλλο τροχάιο	Όχι	3,56 (2,44)	0,610	3,17 (1,96)	0,963	3,92 (2,34)	0,478
	Ναι	3,21 (2,04)		3,2 (1,78)		3,47 (2,03)	
Πυρκαγιά	Όχι	3,56 (2,41)	0,518	3,14 (1,9)	0,462	3,79 (2,27)	0,593
	Ναι	3,13 (2,29)		3,53 (2,2)		4,13 (2,5)	
Άλλη φυσική καταστροφή	Όχι	3,32 (2,32)	0,064	2,97 (1,93)	0,019	3,83 (2,27)	0,746
	Ναι	4,35 (2,53)		4 (1,77)		4 (2,48)	
Μάρτυρας κλοπής/ληστείας/επίθεσης	Όχι	3,4 (2,37)	0,430	3,01 (1,88)	0,187	3,88 (2,3)	0,888
	Ναι	3,77 (2,43)		3,51 (2,02)		3,82 (2,34)	
Σωματική επίθεση	Όχι	3,23 (2,33)	0,048	2,98 (1,75)	0,092	3,63 (2,36)	0,100
	Ναι	4,16 (2,42)		3,62 (2,24)		4,38 (2,11)	
Αρρώστια ή Θάνατος	Όχι	3,24 (2,37)	0,409	3,46 (1,84)	0,310	3,46 (2,29)	0,214
	Ναι	3,64 (2,4)		3,06 (1,97)		4,04 (2,3)	
Σωματικοί καβγάδες στην οικογένεια	Όχι	3,49 (2,59)	0,895	2,89 (1,79)	0,124	3,95 (2,58)	0,710
	Ναι	3,55 (2,2)		3,44 (2,04)		3,79 (2,03)	
Σωματική κακοποίηση	Όχι	3,38 (2,58)	0,365	2,94 (1,84)	0,061	3,97 (2,53)	0,483
	Ναι	3,8 (1,98)		3,63 (2,05)		3,66 (1,81)	
Ασέλγεια-Θωπείες	Όχι	3,11 (2,32)	0,001	2,96 (1,86)	0,024	3,88 (2,52)	0,913
	Ναι	4,82 (2,14)		3,89 (2,02)		3,82 (1,44)	
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι	3,4 (2,45)	0,155	3,04 (1,88)	0,058	3,82 (2,39)	0,624
	Ναι	4,31 (1,78)		4 (2,09)		4,12 (1,73)	
Τραύματαμε "intention to harm"	Όχι	2,8 (2,34)	0,212	2,6 (1,72)	0,217	3,6 (2,9)	0,638
	Ναι	3,63 (2,39)		3,26 (1,96)		3,9 (2,22)	

Σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην διάσταση «Peer Problems», υποδηλώνοντας περισσότερα προβλήματα στη συγκεκριμένη διάσταση, είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει σωματική κακοποίηση και εκείνοι που είχαν βιώσει ασέλγεια-θωπείες. Σημαντικά υψηλότερη συνολική βαθμολογία, υποδηλώνοντας περισσότερα συνολικά προβλήματα, είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει σωματική επίθεση και εκείνοι που είχαν βιώσει ασέλγεια-θωπείες (Πίνακας 14).

Πίνακας 14: Βαθμολογίες στις διαστάσεις «Peer Problems», «Prosocial» και η συνολική βαθμολογία ανάλογα με τα τραυματικά γεγονότα.

		Peer Problems	P Student's t-test	Prosocial	P Student's t-test	Total SDQ score	P Student's t-test
		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)	
Έχετε βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός;	Όχι	1,92 (1,68)	0,174	8,08 (1,88)	0,261	10,83 (4,57)	0,118
	Ναι	2,77 (2,09)		7,33 (2,21)		13,59 (5,85)	
Τροχάιο ατύχημα	Όχι	2,65 (2,08)	0,672	7,36 (2,12)	0,630	13,22 (5,83)	0,738
	Ναι	2,86 (1,98)		7,62 (2,48)		13,7 (5,64)	
Άλλο τροχαίο	Όχι	2,61 (1,96)	0,300	7,41 (2,06)	0,985	13,38 (5,8)	0,721
	Ναι	3,2 (2,65)		7,4 (3)		12,79 (5,75)	
Πυρκαγιά	Όχι	2,68 (2,09)	0,885	7,51 (2,13)	0,199	13,24 (5,82)	0,922
	Ναι	2,6 (1,92)		6,73 (2,49)		13,4 (5,74)	
Άλλη φυσική καταστροφή	Όχι	2,65 (2)	0,691	7,39 (2,21)	0,868	12,87 (5,65)	0,106
	Ναι	2,83 (2,32)		7,48 (2,13)		15,04 (6,06)	
Μάρτυρας κλοπής/ληστείας/επίθεσης	Όχι	2,69 (2,13)	0,950	7,33 (2,13)	0,592	13,07 (5,69)	0,538
	Ναι	2,67 (1,92)		7,56 (2,3)		13,77 (5,98)	
Σωματική επίθεση	Όχι	2,47 (2,1)	0,091	7,46 (2,11)	0,705	12,33 (5,97)	0,007
	Ναι	3,17 (1,89)		7,3 (2,36)		15,44 (4,72)	
Αρρώστια ή Θάνατος	Όχι	2,8 (2,22)	0,692	6,94 (2,52)	0,131	12,82 (5,1)	0,565
	Ναι	2,63 (2)		7,61 (2)		13,51 (6,05)	
Σωματικοί καβγάδες στην οικογένεια	Όχι	2,54 (1,95)	0,476	7,61 (2)	0,327	13,02 (6,08)	0,606
	Ναι	2,82 (2,17)		7,22 (2,34)		13,58 (5,5)	
Σωματική κακοποίηση	Όχι	2,35 (1,97)	0,014	7,54 (2,09)	0,385	12,74 (6,09)	0,142
	Ναι	3,33 (2,1)		7,17 (2,34)		14,41 (4,98)	
Ασέλγεια-Θωπείες	Όχι	2,33 (1,92)	0,001	7,56 (2,04)	0,190	12,32 (5,74)	0,001
	Ναι	3,82 (2,09)		6,93 (2,59)		16,36 (4,8)	
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι	2,54 (1,94)	0,067	7,54 (2,1)	0,095	12,9 (5,87)	0,061
	Ναι	3,53 (2,55)		6,56 (2,53)		15,81 (4,51)	
Τραύματαμε "intention to harm"	Όχι	2,27 (1,83)	0,403	8 (1,69)	0,264	11,27 (5,34)	0,143
	Ναι	2,75 (2,09)		7,32 (2,24)		13,61 (5,8)	

Σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην διάσταση «Conduct Problems», υποδηλώνοντας περισσότερα προβλήματα στη συγκεκριμένη διάσταση, είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει

Τροχαίο ατύχημα, Πυρκαγιά, Σωματική επίθεση, Σωματικούς καβγάδες στην οικογένεια, Σεξουαλική κακοποίηση καθώς και εκείνοι που είχαν υπάρξει μάρτυρες κλοπής/ληστείας/επίθεσης. Επίσης, σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην διάσταση «Hyperactivity», υποδηλώνοντας περισσότερα προβλήματα στη συγκεκριμένη διάσταση, είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει Σωματική επίθεση (Πίνακας 15).

Πίνακας 15: Βαθμολογίες των εφήβωνκοινότητας στις διαστάσεις «Emotional», «Conduct Problems» και «Hyperactivity» ανάλογα με τα τραυματικά γεγονότα

		Emotional	P Student's t-test	Conduct Problems	P Student's t-test	Hyperactivity	P Student's t-test
		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)	
Έχετε βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός;	Όχι	3,5 (2,2)	0,825	2,25 (1,91)	0,301	4,25 (3,01)	0,840
	Ναι	3,28 (2,58)		3,08 (2,06)		4,03 (2,8)	
Τροχαίο ατύχημα	Όχι	3,27 (2,43)	0,501	2,78 (1,91)	0,010	4,05 (2,87)	0,826
	Ναι	4,5 (4,95)		6,5 (2,12)		4,5 (0,71)	
Άλλο τροχαίο	Όχι	3,36 (2,53)	0,641	2,87 (2,03)	0,272	4,14 (2,85)	0,426
	Ναι	2,5 (2,12)		4,5 (2,12)		2,5 (0,71)	
Πυρκαγιά	Όχι	3,36 (2,54)	0,646	2,77 (1,93)	0,034	3,86 (2,71)	0,060
	Ναι	2,67 (2,08)		5,33 (2,52)		7 (3)	
Άλλη φυσική καταστροφή	Όχι	3,21 (2,64)	0,621	2,59 (1,99)	0,057	4,09 (2,75)	0,923
	Ναι	3,62 (2,18)		3,85 (1,95)		4 (3,06)	
Μάρτυρας κλοπής/ληστείας/επίθεσης	Όχι	3,18 (2,37)	0,533	2,56 (1,81)	0,039	4,09 (2,66)	0,923
	Ναι	3,69 (2,9)		3,92 (2,33)		4 (3,27)	
Σωματική επίθεση	Όχι	3,18 (2,38)	0,454	2,5 (1,57)	0,002	3,54 (2,61)	0,009
	Ναι	3,89 (3,06)		4,78 (2,77)		6,22 (2,68)	
Αρρώστια ή Θάνατος	Όχι	3,27 (2)	0,945	2,64 (1,8)	0,583	3,91 (2,7)	0,835
	Ναι	3,33 (2,66)		3,03 (2,12)		4,11 (2,88)	
Σωματικοί καβγάδες στην οικογένεια	Όχι	3,23 (2,53)	0,726	2,48 (1,71)	0,032	4,27 (3,04)	0,511
	Ναι	3,5 (2,53)		3,81 (2,37)		3,69 (2,36)	
Σωματική κακοποίηση	Όχι	3,29 (2,66)	0,870	2,71 (1,92)	0,120	4,27 (2,92)	0,321
	Ναι	3,44 (1,81)		3,89 (2,37)		3,22 (2,22)	
Ασέλγεια-Θωπείες	Όχι	3,2 (2,46)	0,123	2,82 (2)	0,068	4,07 (2,86)	0,974
	Ναι	6 (2,83)		5,5 (0,71)		4 (1,41)	
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι	3,42 (2,51)	0,183	2,8 (1,93)	0,028	4,09 (2,87)	0,775
	Ναι	1 (0)		6 (2,83)		3,5 (0,71)	

Σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην διάσταση «Prosocial», υποδηλώνοντας λιγότερα προβλήματα στη συγκεκριμένη διάσταση, είχαν οι έφηβοι που δεν είχαν βιώσει σωματική επίθεση. Αντίθετα, σημαντικά υψηλότερη συνολική βαθμολογία, υποδηλώνοντας περισσότερα συνολικά προβλήματα, είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει σωματική επίθεση (Πίνακας 16).

Πίνακας 16: Βαθμολογίες των εφήβωνκοινότητας στις διαστάσεις «Peer Problems», «Prosocial» και η συνολική βαθμολογία ανάλογα με τα τραυματικά γεγονότα

		Peer Problems	P Student's t-test	Prosocial	P Student's t-test	Total SDQ score	P Student's t-test
		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)	
Έχετε βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός;	Όχι	1,88 (1,55)	0,604	8 (1,85)	0,559	11,88 (4,22)	0,696
	Ναι	2,31 (2,23)		7,59 (1,79)		12,89 (7,03)	
Τροχάιο ατύχημα	Όχι	2,16 (2,09)	0,232	7,76 (1,76)	0,080	12,41 (6,51)	0,139
	Ναι	4 (2,83)		5,5 (0,71)		19,5 (6,36)	
Άλλο τροχάιο	Όχι	2,29 (2,14)	0,406	7,56 (1,75)	0,057	12,82 (6,66)	0,632
	Ναι	1 (1,41)		10 (0)		10,5 (6,36)	
Πυρκαγιά	Όχι	2,18 (2,17)	0,523	7,75 (1,78)	0,186	12,35 (6,64)	0,154
	Ναι	3 (1)		6,33 (1,53)		18 (3)	
Άλλη φυσική καταστροφή	Όχι	2,21 (2,23)	0,885	7,53 (1,8)	0,425	12,3 (6,55)	0,504
	Ναι	2,31 (1,89)		8 (1,78)		13,77 (6,86)	
Μάρτυρας κλοπής/ληστείας/επίθεσης	Όχι	2 (2,04)	0,224	7,76 (1,76)	0,520	12,03 (6,06)	0,265
	Ναι	2,85 (2,27)		7,38 (1,89)		14,46 (7,78)	
Σωματική επίθεση	Όχι	2,26 (2,24)	0,849	7,92 (1,58)	0,038	11,68 (6,46)	0,028
	Ναι	2,11 (1,62)		6,56 (2,24)		17 (5,61)	
Αρρώστια ή Θάνατος	Όχι	2,27 (2,15)	0,946	7,91 (1,7)	0,602	12,09 (4,57)	0,722
	Ναι	2,22 (2,14)		7,58 (1,83)		12,91 (7,16)	
Σωματικοί καβγάδες στην οικογένεια	Όχι	2,1 (1,97)	0,542	7,84 (1,59)	0,344	12,3 (6,57)	0,563
	Ναι	2,5 (2,42)		7,31 (2,12)		13,5 (6,79)	
Σωματική κακοποίηση	Όχι	2,18 (2,13)	0,744	7,66 (1,82)	0,990	12,65 (6,91)	0,888
	Ναι	2,44 (2,19)		7,67 (1,73)		13 (5,45)	
Ασέλγεια-Θωπείες	Όχι	2,16 (2,09)	0,232	7,64 (1,77)	0,786	12,41 (6,51)	0,139
	Ναι	4 (2,83)		8 (2,83)		19,5 (6,36)	
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι	2,29 (2,14)	0,406	7,69 (1,77)	0,599	12,77 (6,7)	0,793
	Ναι	1 (1,41)		7 (2,83)		11,5 (4,95)	

Σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην διάσταση «Emotional», υποδηλώνοντας περισσότερα προβλήματα στη συγκεκριμένη διάσταση, είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός γενικά και συγκεκριμένα εκείνοι που είχαν βιώσειάλλη φυσική καταστροφή, ασέλγεια-θωπείες και σεξουαλική κακοποίηση (Πίνακας 17).

Πίνακας 17: Βαθμολογίες των εφήβωντων ιδρυμάτων στις διαστάσεις «Emotional», «Conduct Problems» και «Hyperactivity» ανάλογα με τα τραυματικά γεγονότα

		Emotional	P Student's t-test	Conduct Problems	P Student's t-test	Hyperactivity	P Student's t-test
		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)	
Έχετε βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός;	Όχι	1 (1,41)	0,017	3 (1,41)	0,711	2,75 (3,1)	0,295
	Ναι	3,82 (2,27)		3,36 (1,89)		3,79 (1,85)	
Τροχάιο ατύχημα	Όχι	3,63 (2,21)	0,891	3,35 (1,81)	0,952	3,81 (1,96)	0,588
	Ναι	3,72 (2,67)		3,32 (2,03)		3,53 (1,84)	
Άλλο τροχάιο	Όχι	3,72 (2,37)	0,598	3,41 (1,89)	0,472	3,76 (1,89)	0,810
	Ναι	3,33 (2,1)		3 (1,73)		3,62 (2,14)	
Πυρκαγιά	Όχι	3,72 (2,32)	0,529	3,41 (1,85)	0,580	3,74 (1,91)	0,592
	Ναι	3,25 (2,42)		3,08 (1,98)		3,42 (1,88)	
Άλλη φυσική καταστροφή	Όχι	3,38 (2,14)	0,014	3,18 (1,87)	0,102	3,68 (1,96)	0,618
	Ναι	5,3 (2,75)		4,18 (1,6)		4 (1,73)	
Μάρτυρας	Όχι	3,57 (2,39)	0,679	3,36 (1,87)	0,918	3,73 (2,02)	0,996

κλοπής/ληστείας/επίθεσης	Ναι	3,81 (2,23)		3,31 (1,87)		3,73 (1,78)	
Σωματική επίθεση	Όχι	3,26 (2,31)	0,080	3,4 (1,81)	0,750	3,7 (2,16)	0,852
	Ναι	4,25 (2,24)		3,25 (1,96)		3,79 (1,52)	
Αρρώστια ή Θάνατος	Όχι	3,22 (2,58)	0,269	3,83 (1,76)	0,109	3,25 (2,11)	0,131
	Ναι	3,87 (2,17)		3,09 (1,87)		3,98 (1,79)	
Σωματικοί καβγάδες στην οικογένεια	Όχι	3,81 (2,68)	0,679	3,38 (1,79)	0,874	3,58 (1,92)	0,607
	Ναι	3,57 (2,1)		3,31 (1,92)		3,82 (1,93)	
Σωματική κακοποίηση	Όχι	3,46 (2,52)	0,432	3,15 (1,76)	0,360	3,69 (2,1)	0,848
	Ναι	3,9 (2,04)		3,56 (1,98)		3,78 (1,7)	
Ασέλγεια-Θωπείες	Όχι	3,02 (2,2)	0,002	3,09 (1,72)	0,138	3,69 (2,15)	0,804
	Ναι	4,73 (2,13)		3,77 (2,05)		3,81 (1,47)	
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι	3,38 (2,43)	0,040	3,23 (1,84)	0,357	3,61 (1,94)	0,291
	Ναι	4,79 (1,31)		3,73 (1,94)		4,2 (1,82)	

Σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην διάσταση «Peer Problems», υποδηλώνοντας περισσότερα προβλήματα στη συγκεκριμένη διάσταση, είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει σωματική κακοποίηση, ασέλγεια-θωπείες και σεξουαλική κακοποίηση. Σημαντικά υψηλότερη συνολική βαθμολογία, υποδηλώνοντας περισσότερα συνολικά προβλήματα, είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός γενικά και συγκεκριμένα εκείνοι που είχαν βιώσει άλλη φυσική καταστροφή, ασέλγεια-θωπείες και σεξουαλική κακοποίηση (Πίνακας 18).

Πίνακας 18:Βαθμολογίες των εφήβωντων ιδρυμάτων στις διαστάσεις «Peer Problems», «Prosocial» και η συνολική βαθμολογία ανάλογα με τα τραυματικά γεγονότα

		Peer Problems	P Student's t-test	Prosocial	P Student's t-test	Total SDQ score	P Student's t-test
		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)	
Έχετε βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός;	Όχι	2 (2,16)	0,307	8,25 (2,22)	0,393	8,75 (5,12)	0,048
	Ναι	3,05 (1,96)		7,18 (2,42)		14 (5,05)	
Τροχάιο ατύχημα	Όχι	3,08 (2)	0,524	7,02 (2,36)	0,207	13,92 (5,13)	0,545
	Ναι	2,74 (1,94)		7,84 (2,5)		13,06 (5,36)	
Άλλο τροχαίο	Όχι	2,86 (1,79)	0,266	7,3 (2,28)	0,690	13,81 (5,05)	0,699
	Ναι	3,54 (2,67)		7 (3,03)		13,17 (5,86)	
Πυρκαγιά	Όχι	3,07 (1,96)	0,370	7,33 (2,36)	0,522	13,93 (5,05)	0,311
	Ναι	2,5 (2,11)		6,83 (2,72)		12,25 (5,75)	
Άλλη φυσική καταστροφή	Όχι	2,9 (1,83)	0,395	7,32 (2,42)	0,534	13,19 (5,1)	0,046
	Ναι	3,45 (2,7)		6,8 (2,44)		16,7 (4,67)	
Μάρτυρας κλοπής/ληστείας/επίθεσης	Όχι	3,23 (2,07)	0,185	7 (2,34)	0,276	13,86 (5,32)	0,736
	Ναι	2,58 (1,77)		7,65 (2,51)		13,42 (4,98)	

Σωματική επίθεση	Όχι	2,65 (1,99)	0,073	7,05 (2,44)	0,411	12,9 (5,52)	0,113
	Ναι	3,52 (1,87)		7,54 (2,38)		14,93 (4,38)	
Αρρώστια ή Θάνατος	Όχι	3,04 (2,26)	0,865	6,5 (2,73)	0,062	13,17 (5,39)	0,557
	Ναι	2,96 (1,84)		7,63 (2,15)		13,96 (5,09)	
Σωματικοί καβγάδες στην οικογένεια	Όχι	3,08 (1,81)	0,769	7,35 (2,4)	0,785	13,85 (5,47)	0,852
	Ναι	2,93 (2,08)		7,18 (2,44)		13,6 (5,03)	
Σωματική κακοποίηση	Όχι	2,51 (1,8)	0,023	7,42 (2,36)	0,504	12,82 (5,29)	0,109
	Ναι	3,58 (2,05)		7,03 (2,49)		14,83 (4,84)	
Ασέλγεια-Θωπείες	Όχι	2,5 (1,75)	0,007	7,47 (2,29)	0,301	12,23 (4,9)	0,002
	Ναι	3,81 (2,1)		6,84 (2,61)		16,12 (4,74)	
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι	2,75 (1,76)	0,050	7,43 (2,35)	0,199	13 (5,17)	0,025
	Ναι	3,87 (2,5)		6,5 (2,59)		16,43 (4,27)	

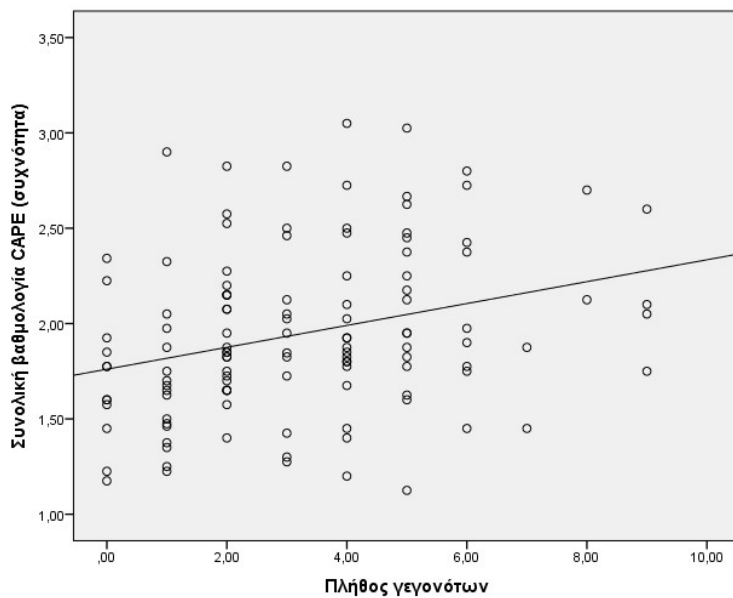
Συσχέτιση του ερωτηματολογίου τραύματος με την κλίμακα CAPE.

Στο σύνολο των εφήβων, όσα περισσότερα τραυματικά γεγονότα είχαν βιώσει τόσο μεγαλύτερη ήταν η συχνότητα που είχαν κάποια ψυχωσική εμπειρία στη θετική διάσταση, στη διάσταση κατάθλιψης αλλά και συνολικά. Επίσης, όσα περισσότερα τραυματικά γεγονότα είχαν βιώσει τόσο μεγαλύτερη ήταν η δυσφορία που ένιωθαν από τις ψυχωτικές εμπειρίες της θετικής διάστασης αλλά και συνολικά. Στους εφήβους της κοινότητας, όσα περισσότερα τραυματικά γεγονότα είχαν βιώσει τόσο μεγαλύτερη ήταν η συχνότητα που είχαν κάποια ψυχωσική εμπειρία στη θετική διάσταση, στη διάσταση κατάθλιψης αλλά και συνολικά. Στους εφήβους των ιδρυμάτων, όσα περισσότερα τραυματικά γεγονότα είχαν βιώσει τόσο μεγαλύτερη ήταν η συχνότητα που είχαν κάποια ψυχωτική εμπειρία στη διάσταση κατάθλιψης (Πίνακας 19-Γραφήματα 6 & 7).

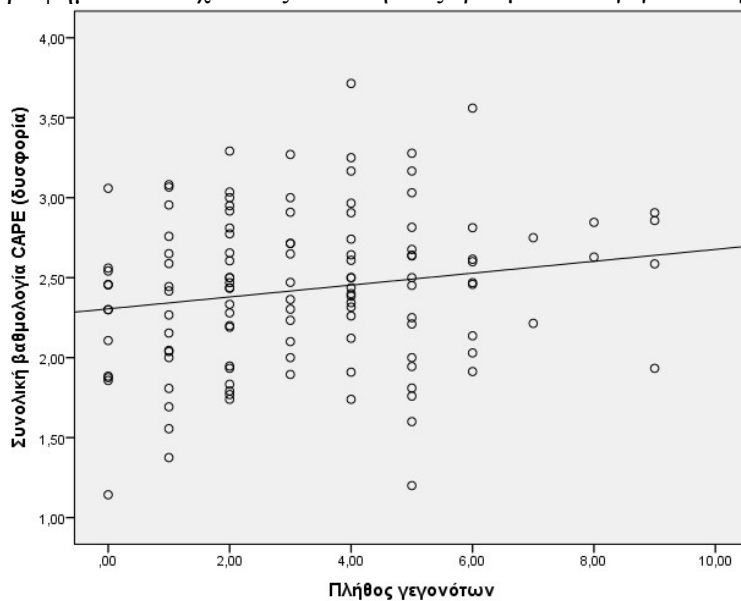
Πίνακας 19: Συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας CAPE και του πλήθους τραυματικών γεγονότων στο σύνολό τους όσο και για κάθε ομάδα χωριστά

		Πλήθος γεγονότων		
		Σύνολο παιδιών	Παιδιά κοινότητας	Παιδιά των ιδρυμάτων
Θετική διάσταση (συχνότητα)	r	0,31	0,56	0,15
	P	0,001	<0,001	0,206
Διάσταση κατάθλιψης (συχνότητα)	r	0,37	0,35	0,31
	P	<0,001	0,014	0,008
Αρνητική διάσταση (συχνότητα)	r	0,13	0,18	0,07
	P	0,150	0,209	0,577
Θετική διάσταση (δυσφορία)	r	0,18	0,21	0,16
	P	0,050	0,157	0,198
Διάσταση κατάθλιψης (δυσφορία)	r	0,07	0,02	0,19
	P	0,432	0,897	0,104
Αρνητική διάσταση (δυσφορία)	r	0,11	0,16	0,18
	P	0,224	0,292	0,141
Συνολική βαθμολογία CAPE (συχνότητα)	r	0,32	0,48	0,18
	P	<0,001	0,001	0,129
Συνολική βαθμολογία CAPE (δυσφορία)	r	0,17	0,19	0,21
	P	0,048	0,203	0,072

Γράφημα 6:Συσχετίσεις του πλήθους τραυματικών γεγονότωνμε τις συνολικές βαθμολογίες συχνότητας



Γράφημα 7: Συσχετίσεις του πλήθους τραυματικών γεγονότωνμε τις συνολικές βαθμολογίες δυσφορίας



Σημαντικά υψηλότερη συχνότητα ψυχωτικών συμπτωμάτων στη θετική διάσταση είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός γενικά και συγκεκριμένα εκείνα που είχαν βιώσει άλλη φυσική καταστροφή, ασέλγεια-θωπείες και σεξουαλική κακοποίηση.Σημαντικά υψηλότερη συχνότητα ψυχωτικών συμπτωμάτων στη διάσταση κατάθλιψης είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει σωματική επίθεση, σωματική κακοποίηση, ασέλγεια-θωπείες και σεξουαλική κακοποίηση. Ακόμα, σημαντικά υψηλότερη συχνότητα

ψυχωτικών συμπτωμάτων στη αρνητική διάσταση είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει ασέλγεια-θωπείες. Σημαντικά υψηλότερη συχνότητα συνολικών ψυχωτικών συμπτωμάτων είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός γενικά και συγκεκριμένα εκείνα που είχαν βιώσει σωματική επίθεση, ασέλγεια-θωπείες και σεξουαλική κακοποίηση (Πίνακας 20).

Πίνακας 20: Βαθμολογίες στις υποκλίμακες συχνότητας ανάλογα με τα τραυματικά γεγονότα

		Θετική διάσταση (συχνότητα)	P Student's t-test	Διάσταση κατάθλιψης (συχνότητα)	P Student's t-test	Αρνητική Διάσταση (συχνότητα)	P Student's t-test	Συνολική βαθμολογία CAPE (συχνότητα)	P Student's t-test
		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)	
Έχετε βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός;	Όχι	1,6 (0,34)	0,043	1,77 (0,49)	0,085	1,81 (0,47)	0,196	1,71 (0,35)	0,047
	Ναι	1,9 (0,49)		2,06 (0,56)		2,01 (0,5)		1,97 (0,44)	
Τροχάιο ατύχημα	Όχι	1,84 (0,46)	0,186	2,02 (0,56)	0,699	1,99 (0,49)	0,801	1,93 (0,43)	0,537
	Ναι	1,99 (0,57)		2,08 (0,57)		1,96 (0,52)		2 (0,46)	
Άλλο τροχαίο	Όχι	1,85 (0,48)	0,246	2,02 (0,56)	0,544	1,98 (0,49)	0,885	1,93 (0,44)	0,448
	Ναι	2 (0,45)		2,12 (0,58)		2 (0,53)		2,03 (0,43)	
Πυρκαγιά	Όχι	1,84 (0,46)	0,115	2,04 (0,57)	0,944	1,98 (0,49)	0,792	1,93 (0,44)	0,506
	Ναι	2,05 (0,58)		2,03 (0,54)		1,95 (0,48)		2,01 (0,41)	
Άλλη φυσική καταστροφή	Όχι	1,81 (0,44)	0,013	2,01 (0,57)	0,338	1,97 (0,48)	0,557	1,91 (0,42)	0,065
	Ναι	2,09 (0,57)		2,13 (0,51)		2,04 (0,56)		2,09 (0,46)	
Μάρτυρας κλοπής/ληστείας/ε πίθεσης	Όχι	1,82 (0,44)	0,113	2,01 (0,57)	0,456	2 (0,5)	0,672	1,93 (0,44)	0,452
	Ναι	1,97 (0,54)		2,09 (0,54)		1,96 (0,48)		1,99 (0,43)	
Σωματική επίθεση	Όχι	1,81 (0,45)	0,066	1,92 (0,51)	0,001	1,94 (0,49)	0,095	1,88 (0,42)	0,016
	Ναι	1,99 (0,53)		2,29 (0,59)		2,1 (0,5)		2,09 (0,43)	
Αρρώστια ή Θάνατος	Όχι	1,81 (0,42)	0,400	1,93 (0,53)	0,196	1,96 (0,45)	0,711	1,89 (0,4)	0,343
	Ναι	1,89 (0,51)		2,08 (0,57)		2 (0,51)		1,97 (0,45)	
Σωματικοί καβγάδες στην οικογένεια	Όχι	1,83 (0,47)	0,430	1,94 (0,54)	0,072	1,93 (0,52)	0,196	1,89 (0,44)	0,149
	Ναι	1,9 (0,49)		2,12 (0,57)		2,04 (0,47)		2 (0,43)	
Σωματική κακοποίηση	Όχι	1,83 (0,45)	0,279	1,93 (0,52)	0,004	1,95 (0,51)	0,221	1,9 (0,43)	0,090
	Ναι	1,93 (0,54)		2,23 (0,59)		2,06 (0,46)		2,04 (0,44)	
Ασέλγεια-Θωπείες	Όχι	1,81 (0,5)	0,021	1,94 (0,52)	0,001	1,92 (0,47)	0,013	1,88 (0,42)	0,002
	Ναι	2,05 (0,37)		2,33 (0,59)		2,18 (0,51)		2,16 (0,4)	
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι	1,82 (0,47)	0,011	1,97 (0,54)	0,004	1,97 (0,49)	0,258	1,9 (0,42)	0,009
	Ναι	2,15 (0,5)		2,39 (0,59)		2,11 (0,53)		2,2 (0,43)	

Σημαντικά περισσότερη δυσφορία λόγω ψυχωτικών συμπτωμάτων στη θετική διάσταση είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει ασέλγεια-θωπείες και σεξουαλική κακοποίηση. Σημαντικά

περισσότερη δυσφορία λόγω ψυχωτικών συμπτωμάτων στην αρνητική διάσταση είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει αρρώστια ή θάνατο (Πίνακας 21).

Πίνακας 21:Βαθμολογίες στις υποκλίμακες δυσφορίας ανάλογα με τα τραυματικά γεγονότα

		Θετική διάσταση (δυσφορία)	P Studen t's t- test	Διάσταση κατάθλιψης (δυσφορία)	P Stud ent's t-test	Αρνητική διάσταση (δυσφορία)	P Studen t's t- test	Συνολική βαθμολογία CAPE (δυσφορία)	P Studen t's t- test
		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)	
Έχετε βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός;	Όχι	2,02 (0,55)	0,056	2,51 (0,55)	0,38 2	2,26 (0,63)	0,266	2,21 (0,48)	0,106
	Ναι	2,32 (0,51)		2,67 (0,62)		2,47 (0,6)		2,45 (0,48)	
Τροχαίο ατύχημα	Όχι	2,26 (0,52)	0,326	2,68 (0,6)	0,28 4	2,45 (0,61)	0,854	2,42 (0,5)	0,701
	Ναι	2,39 (0,51)		2,52 (0,68)		2,42 (0,61)		2,46 (0,41)	
Άλλο τροχαίο	Όχι	2,27 (0,54)	0,490	2,64 (0,6)	0,56 2	2,44 (0,61)	0,912	2,42 (0,5)	0,550
	Ναι	2,37 (0,37)		2,74 (0,74)		2,46 (0,59)		2,5 (0,39)	
Πυρκαγιά	Όχι	2,27 (0,53)	0,301	2,68 (0,59)	0,32 3	2,44 (0,59)	0,818	2,42 (0,49)	0,681
	Ναι	2,42 (0,38)		2,51 (0,74)		2,48 (0,75)		2,48 (0,44)	
Άλλη φυσική καταστροφή	Όχι	2,28 (0,54)	0,908	2,66 (0,63)	0,90 9	2,45 (0,6)	0,790	2,43 (0,5)	0,859
	Ναι	2,3 (0,43)		2,64 (0,54)		2,42 (0,64)		2,41 (0,43)	
Μάρτυρας κλοπής/ληστείας/επίθε- σης	Όχι	2,28 (0,52)	0,740	2,64 (0,59)	0,66 9	2,45 (0,59)	0,825	2,41 (0,5)	0,664
	Ναι	2,31 (0,51)		2,69 (0,67)		2,43 (0,65)		2,45 (0,46)	
Σωματική επίθεση	Όχι	2,26 (0,52)	0,493	2,6 (0,55)	0,18 2	2,42 (0,58)	0,489	2,39 (0,46)	0,177
	Ναι	2,33 (0,52)		2,77 (0,73)		2,5 (0,67)		2,51 (0,52)	
Αρρώστια ή Θάνατος	Όχι	2,2 (0,54)	0,223	2,51 (0,61)	0,10 7	2,25 (0,56)	0,022	2,29 (0,48)	0,046
	Ναι	2,32 (0,51)		2,71 (0,61)		2,53 (0,61)		2,48 (0,48)	
Σωματικοί καβγάδες στην οικογένεια	Όχι	2,25 (0,49)	0,408	2,67 (0,54)	0,77 0	2,4 (0,57)	0,392	2,39 (0,46)	0,410
	Ναι	2,32 (0,54)		2,64 (0,68)		2,49 (0,64)		2,46 (0,5)	
Σωματική κακοποίηση	Όχι	2,26 (0,48)	0,429	2,67 (0,58)	0,71 5	2,44 (0,59)	0,991	2,41 (0,46)	0,559
	Ναι	2,34 (0,59)		2,63 (0,68)		2,45 (0,65)		2,46 (0,53)	
Ασέλγεια-Θωπείες	Όχι	2,23 (0,53)	0,020	2,6 (0,58)	0,06 8	2,43 (0,63)	0,697	2,38 (0,5)	0,101
	Ναι	2,48 (0,43)		2,84 (0,69)		2,48 (0,52)		2,55 (0,42)	
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι	2,24 (0,51)	0,013	2,65 (0,59)	0,81 4	2,43 (0,6)	0,409	2,4 (0,48)	0,094
	Ναι	2,58 (0,44)		2,69 (0,78)		2,56 (0,64)		2,61 (0,48)	

Σημαντικά υψηλότερη συχνότητα ψυχωτικών συμπτωμάτων στη θετική διάσταση είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει τροχαίο ατύχημα, πυρκαγιά, άλλη φυσική καταστροφή, σωματική επίθεση, σωματικούς καβγάδες στην οικογένεια, σωματική κακοποίηση, σεξουαλική κακοποίηση καθώς και εκείνοι που είχαν υπάρξει μάρτυρες κλοπής/ληστείας/επίθεσης.Σημαντικά υψηλότερη συχνότητα ψυχωτικών συμπτωμάτων στη

διάσταση κατάθλιψης και στην αρνητική διάσταση είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει σωματική επίθεση. Σημαντικά υψηλότερη συχνότητα συνολικών ψυχωτικών συμπτωμάτων είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός γενικά και συγκεκριμένα εκείνοι που είχαν βιώσει πυρκαγιά, σωματική επίθεση, σωματικούς καβγάδες στην οικογένεια και σωματική κακοποίηση (Πίνακας 22).

Πίνακας 22:Βαθμολογίες των εφήβων κοινότητας στις υποκλίμακες συχνότητας ανάλογα με τα τραυματικά γεγονότα

		Θετική διάσταση (συχνότητα)	P Student's t-test	Διάσταση κατάθλιψης (συχνότητα)	P Student's t-test	Αρνητική διάσταση (συχνότητα)	P Student's t-test	Συνολική βαθμολογία CAPE (συχνότητα)	P Student's t-test
		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)	
Έχετε βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός;	Όχι	1,6 (0,29)	0,106	1,89 (0,52)	0,917	1,84 (0,49)	0,599	1,74 (0,33)	0,281
	Ναι	1,93 (0,55)		1,91 (0,54)		1,95 (0,53)		1,93 (0,47)	
Τροχαίο ατύχημα	Όχι	1,83 (0,48)	0,002	1,89 (0,53)	0,211	1,93 (0,53)	0,992	1,88 (0,44)	0,059
	Ναι	2,97 (0,43)		2,38 (0,35)		1,93 (0,1)		2,49 (0,16)	
Άλλο τροχαίο	Όχι	1,88 (0,53)	0,740	1,92 (0,54)	0,672	1,95 (0,51)	0,163	1,91 (0,45)	0,404
	Ναι	1,75 (0,51)		1,75 (0,35)		1,43 (0,51)		1,64 (0,48)	
Πυρκαγιά	Όχι	1,8 (0,44)	<0,001	1,89 (0,55)	0,475	1,91 (0,52)	0,336	1,86 (0,43)	0,012
	Ναι	2,94 (0,58)		2,13 (0,25)		2,21 (0,57)		2,53 (0,07)	
Άλλη φυσική καταστροφή	Όχι	1,77 (0,46)	0,036	1,87 (0,57)	0,454	1,95 (0,52)	0,773	1,85 (0,45)	0,252
	Ναι	2,12 (0,62)		2 (0,44)		1,9 (0,53)		2,02 (0,44)	
Μάρτυρας κλοπής/ληστείας/επίθεσης	Όχι	1,74 (0,4)	0,004	1,89 (0,56)	0,737	1,94 (0,54)	0,873	1,84 (0,42)	0,138
	Ναι	2,22 (0,68)		1,95 (0,49)		1,91 (0,47)		2,06 (0,5)	
Σωματική επίθεση	Όχι	1,75 (0,41)	<0,001	1,83 (0,48)	0,032	1,85 (0,5)	0,025	1,8 (0,4)	0,001
	Ναι	2,4 (0,66)		2,25 (0,64)		2,28 (0,48)		2,33 (0,43)	
Αρρώστια ή Θάνατος	Όχι	1,62 (0,3)	0,071	1,88 (0,53)	0,814	1,83 (0,44)	0,480	1,75 (0,33)	0,200
	Ναι	1,95 (0,56)		1,92 (0,54)		1,96 (0,54)		1,95 (0,47)	
Σωματικοί καβγάδες στην οικογένεια	Όχι	1,74 (0,44)	0,017	1,8 (0,5)	0,061	1,83 (0,53)	0,080	1,79 (0,4)	0,015
	Ναι	2,11 (0,59)		2,1 (0,55)		2,11 (0,46)		2,11 (0,47)	
Σωματική κακοποίηση	Όχι	1,79 (0,48)	0,025	1,84 (0,51)	0,075	1,9 (0,54)	0,405	1,84 (0,43)	0,050
	Ναι	2,22 (0,59)		2,19 (0,59)		2,06 (0,44)		2,16 (0,46)	
Ασέλγεια-Θωπείες	Όχι	1,86 (0,53)	0,500	1,88 (0,54)	0,157	1,93 (0,53)	0,881	1,89 (0,46)	0,454
	Ναι	2,07 (0,61)		2,33 (0,31)		1,98 (0,27)		2,09 (0,25)	
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι	1,84 (0,49)	0,034	1,9 (0,54)	0,682	1,94 (0,53)	0,688	1,89 (0,45)	0,303
	Ναι	2,64 (0,9)		2,06 (0,09)		1,79 (0,3)		2,23 (0,53)	

Σημαντικά περισσότερη δυσφορία λόγω ψυχωτικών συμπτωμάτων στη θετική διάσταση αλλά και συνολικά είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει αρρώστια ή θάνατο (Πίνακας 23).

Πίνακας 23:Βαθμολογίες των εφήβωνκοινότητας στις υποκλίμακες δυσφορίας ανάλογα με τα τραυματικά γεγονότα

		Θετική διάσταση (δυσφορία)	P Studen t's t- test	Διάσταση κατάθλιψης (δυσφορία)	P Studen t's t- test	Αρνητική διάσταση (δυσφορία)	P Student' s t-test	Συνολική βαθμολογία CAPE (δυσφορία)	P Student 's t-test
		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)	
Έχετε βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός;	Όχι	2,09 (0,55)	0,257	2,57 (0,52)	0,431	2,39 (0,56)	0,392	2,32 (0,43)	0,333
	Ναι	2,3 (0,47)		2,74 (0,53)		2,58 (0,6)		2,49 (0,45)	
Τροχάιο ατύχημα	Όχι	2,26 (0,49)	0,515	2,71 (0,51)	0,986	2,55 (0,6)	0,816	2,45 (0,46)	0,630
	Ναι	2,49 (0,22)		2,71 (1,01)		2,65 (0,14)		2,61 (0,04)	
Άλλο τροχαίο	Όχι	2,26 (0,5)	0,615	2,71 (0,53)	0,875	2,57 (0,59)	0,236	2,46 (0,46)	0,879
	Ναι	2,44 (0,15)		2,65 (0,21)		2,06 (0,09)		2,41 (0,07)	
Πυρκαγιά	Όχι	2,25 (0,48)	0,346	2,74 (0,5)	0,130	2,55 (0,57)	0,928	2,46 (0,44)	0,859
	Ναι	2,53 (0,54)		2,26 (0,76)		2,52 (1)		2,5 (0,71)	
Άλλη φυσική καταστροφή	Όχι	2,24 (0,52)	0,499	2,78 (0,53)	0,139	2,54 (0,57)	0,830	2,45 (0,47)	0,786
	Ναι	2,34 (0,4)		2,53 (0,46)		2,58 (0,65)		2,49 (0,41)	
Μάρτυρας κλοπής/ληστείας/επίθεσης	Όχι	2,27 (0,51)	0,960	2,74 (0,47)	0,561	2,57 (0,56)	0,690	2,47 (0,44)	0,811
	Ναι	2,27 (0,42)		2,63 (0,65)		2,49 (0,68)		2,43 (0,48)	
Σωματική επίθεση	Όχι	2,26 (0,52)	0,775	2,72 (0,49)	0,817	2,51 (0,58)	0,334	2,44 (0,46)	0,521
	Ναι	2,31 (0,35)		2,67 (0,67)		2,72 (0,66)		2,55 (0,43)	
Αρρώστια ή Θάνατος	Όχι	1,92 (0,56)	0,005	2,53 (0,55)	0,211	2,33 (0,51)	0,160	2,22 (0,44)	0,042
	Ναι	2,37 (0,42)		2,76 (0,51)		2,62 (0,6)		2,53 (0,43)	
Σωματικοί καβγάδες στην οικογένεια	Όχι	2,24 (0,5)	0,656	2,71 (0,46)	0,956	2,5 (0,57)	0,444	2,43 (0,44)	0,572
	Ναι	2,31 (0,47)		2,7 (0,63)		2,64 (0,63)		2,51 (0,48)	
Σωματική κακοποίηση	Όχι	2,26 (0,49)	0,764	2,73 (0,53)	0,578	2,49 (0,59)	0,151	2,44 (0,46)	0,494
	Ναι	2,31 (0,49)		2,62 (0,53)		2,81 (0,56)		2,55 (0,41)	
Ασέλγεια-Θωπείες	Όχι	2,25 (0,5)	0,369	2,69 (0,53)	0,276	2,56 (0,61)	0,562	2,45 (0,46)	0,670
	Ναι	2,52 (0,17)		3,03 (0,35)		2,36 (0,21)		2,57 (0,1)	
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι	2,25 (0,49)	0,344	2,71 (0,52)	0,911	2,53 (0,59)	0,163	2,45 (0,45)	0,314
	Ναι	2,59 (0,08)		2,67 (0,94)		3,13 (0,53)		2,78 (0,27)	

Σημαντικά υψηλότερη συχνότητα ψυχωτικών συμπτωμάτων στη θετική διάσταση είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει ασέλγεια-θωπείες και σεξουαλική κακοποίηση.Σημαντικά υψηλότερη συχνότητα ψυχωτικών συμπτωμάτων στη διάσταση κατάθλιψης είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός γενικά και συγκεκριμένα εκείνοι που είχαν βιώσει

σωματική επίθεση, ασέλγεια-θωπείες και σεξουαλική κακοποίηση.Ακόμα, σημαντικά υψηλότερη συχνότητα ψυχωτικών συμπτωμάτων στη αρνητική διάσταση είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει ασέλγεια-θωπείες.Σημαντικά υψηλότερη συχνότητα συνολικών ψυχωτικών συμπτωμάτων είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός γενικά και συγκεκριμένα εκείνοι που είχαν βιώσει ασέλγεια-θωπείες και σεξουαλική κακοποίηση (Πίνακας 24).

Πίνακας 24: Βαθμολογίες των εφήβωντων ιδρυμάτων στις υποκλίμακες συχνότητας ανάλογα με τα τραυματικά γεγονότα

		Θετική διάσταση (συχνότητα)	P Studen t's t- test	Διάσταση κατάθλιψης (συχνότητα)	P Studen t's t- test	Αρνητική διάσταση (συχνότητα)	P Studen t's t- test	Συνολική βαθμολογία CAPE (συχνότητα)	P Studen t's t- test
		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)	
Έχετε βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός;	Όχι	1,61 (0,48)	0,248	1,53 (0,36)	0,031	1,75 (0,5)	0,239	1,64 (0,43)	0,107
	Ναι	1,88 (0,45)		2,15 (0,56)		2,04 (0,47)		2 (0,42)	
Τροχάιο ατύχημα	Όχι	1,86 (0,44)	0,770	2,15 (0,56)	0,514	2,05 (0,45)	0,536	1,99 (0,42)	0,735
	Ναι	1,89 (0,48)		2,05 (0,59)		1,97 (0,55)		1,95 (0,45)	
Άλλο τροχάιο	Όχι	1,83 (0,45)	0,118	2,11 (0,56)	0,705	2,01 (0,48)	0,570	1,95 (0,43)	0,309
	Ναι	2,04 (0,44)		2,17 (0,59)		2,09 (0,49)		2,09 (0,41)	
Πυρκαγιά	Όχι	1,87 (0,48)	0,758	2,15 (0,56)	0,423	2,04 (0,47)	0,292	1,99 (0,43)	0,439
	Ναι	1,83 (0,31)		2 (0,6)		1,88 (0,46)		1,88 (0,35)	
Άλλη φυσική καταστροφή	Όχι	1,84 (0,44)	0,192	2,09 (0,56)	0,262	1,99 (0,46)	0,143	1,94 (0,41)	0,086
	Ναι	2,04 (0,53)		2,3 (0,58)		2,22 (0,56)		2,18 (0,49)	
Μάρτυρας κλοπής/ληστεί ας/επίθεσης	Όχι	1,88 (0,47)	0,737	2,1 (0,57)	0,661	2,05 (0,47)	0,584	1,99 (0,45)	0,736
	Ναι	1,84 (0,43)		2,16 (0,56)		1,98 (0,5)		1,95 (0,39)	
Σωματική επίθεση	Όχι	1,87 (0,48)	0,892	2 (0,52)	0,026	2,01 (0,47)	0,797	1,96 (0,44)	0,592
	Ναι	1,86 (0,41)		2,3 (0,58)		2,04 (0,5)		2,01 (0,41)	
Αρρώστια ή Θάνατος	Όχι	1,9 (0,44)	0,673	1,96 (0,54)	0,083	2,02 (0,46)	0,949	1,95 (0,42)	0,724
	Ναι	1,85 (0,46)		2,2 (0,57)		2,03 (0,49)		1,99 (0,43)	
Σωματικοί καβγάδες στην οικογένεια	Όχι	1,94 (0,5)	0,282	2,1 (0,55)	0,828	2,03 (0,49)	0,895	2,01 (0,46)	0,672
	Ναι	1,82 (0,42)		2,13 (0,58)		2,02 (0,47)		1,96 (0,41)	
Σωματική κακοποίηση	Όχι	1,88 (0,4)	0,840	2,02 (0,52)	0,088	1,99 (0,48)	0,530	1,95 (0,42)	0,612
	Ναι	1,85 (0,51)		2,24 (0,6)		2,06 (0,47)		2,01 (0,44)	
Ασέλγεια- Θωπείες	Όχι	1,76 (0,47)	0,011	2 (0,5)	0,015	1,92 (0,41)	0,012	1,86 (0,39)	0,003
	Ναι	2,05 (0,35)		2,33 (0,62)		2,21 (0,53)		2,17 (0,42)	
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι	1,81 (0,45)	0,047	2,03 (0,52)	0,014	1,99 (0,46)	0,229	1,92 (0,41)	0,024
	Ναι	2,08 (0,42)		2,43 (0,61)		2,16 (0,55)		2,2 (0,44)	

Σημαντικά περισσότερη δυσφορία λόγω ψυχωτικών συμπτωμάτων στη θετική διάσταση είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει ασέλγεια-θωπείες και σεξουαλική κακοποίηση (Πίνακας 25).

Πίνακα 25:Βαθμολογίες των εφήβωντων ιδρυμάτων στις υποκλίμακες δυσφορίας ανάλογα με τα τραυματικά γεγονότα

		Θετική διάσταση (δυσφορία)	P Studen t's t- test	Διάσταση κατάθλιψης (δυσφορία)	P Studen t's t- test	Αρνητική διάσταση (δυσφορία)	P Student' s t-test	Συνολική βαθμολογία CAPE (δυσφορία)	P Studen t's t- test
		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)		Μέση τιμή (SD)	
Έχετε βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός;	Όχι	1,87 (0,6)	0,103	2,38 (0,68)	0,455	2,01 (0,77)	0,220	2 (0,59)	0,102
	Ναι	2,32 (0,53)		2,63 (0,67)		2,39 (0,6)		2,43 (0,5)	
Τροχάιο ατύχημα	Όχι	2,27 (0,54)	0,468	2,66 (0,67)	0,382	2,36 (0,61)	0,824	2,39 (0,53)	0,662
	Ναι	2,38 (0,54)		2,5 (0,67)		2,4 (0,63)		2,45 (0,43)	
Άλλο τροχάιο	Όχι	2,28 (0,57)	0,641	2,59 (0,64)	0,424	2,34 (0,61)	0,330	2,38 (0,52)	0,408
	Ναι	2,36 (0,4)		2,76 (0,79)		2,52 (0,61)		2,51 (0,42)	
Πυρκαγιά	Όχι	2,28 (0,57)	0,534	2,64 (0,66)	0,765	2,35 (0,59)	0,554	2,4 (0,53)	0,646
	Ναι	2,39 (0,36)		2,58 (0,75)		2,47 (0,74)		2,47 (0,39)	
Άλλη φυσική καταστροφή	Όχι	2,31 (0,55)	0,682	2,59 (0,68)	0,392	2,4 (0,62)	0,299	2,42 (0,52)	0,523
	Ναι	2,23 (0,47)		2,78 (0,63)		2,18 (0,58)		2,31 (0,46)	
Μάρτυρας κλοπής/ληστ είας/επίθεση	Όχι	2,28 (0,54)	0,746	2,56 (0,66)	0,358	2,36 (0,6)	0,823	2,37 (0,53)	0,449
	Ναι	2,33 (0,55)		2,72 (0,68)		2,39 (0,64)		2,46 (0,46)	
Σωματική επίθεση	Όχι	2,27 (0,53)	0,583	2,5 (0,58)	0,071	2,33 (0,58)	0,514	2,34 (0,47)	0,175
	Ναι	2,34 (0,57)		2,8 (0,76)		2,43 (0,67)		2,5 (0,56)	
Αρρώστια ή Θάνατος	Όχι	2,32 (0,49)	0,779	2,51 (0,65)	0,306	2,21 (0,59)	0,114	2,32 (0,5)	0,334
	Ναι	2,29 (0,57)		2,68 (0,68)		2,46 (0,61)		2,44 (0,51)	
Σωματικοί καβγάδες στην οικογένεια	Όχι	2,25 (0,5)	0,538	2,63 (0,62)	0,939	2,27 (0,55)	0,275	2,33 (0,49)	0,392
	Ναι	2,33 (0,57)		2,62 (0,7)		2,43 (0,64)		2,44 (0,52)	
Σωματική κακοποίηση	Όχι	2,26 (0,46)	0,514	2,61 (0,63)	0,925	2,4 (0,59)	0,730	2,38 (0,46)	0,625
	Ναι	2,35 (0,62)		2,63 (0,73)		2,34 (0,64)		2,44 (0,56)	
Ασέλγεια- Θωπείες	Όχι	2,2 (0,56)	0,036	2,51 (0,62)	0,064	2,3 (0,64)	0,197	2,32 (0,52)	0,059
	Ναι	2,48 (0,45)		2,81 (0,72)		2,5 (0,55)		2,55 (0,45)	
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι	2,23 (0,53)	0,026	2,6 (0,64)	0,651	2,34 (0,61)	0,457	2,35 (0,5)	0,118
	Ναι	2,58		2,69 (0,79)		2,48 (0,63)		2,58 (0,5)	

		(0,48)							
--	--	--------	--	--	--	--	--	--	--

Αποτελέσματα πολυπαραγοντικών αναλύσεων για την κλίμακα CAPE

Προκειμένου να ελεγχθεί αν το πλήθος των τραυματικών γεγονότων που είχαν βιώσει οι έφηβοι (σαν δείκτης σοβαρότητας του τραύματος) σχετίζεται σημαντικά με τις ψυχωτικές εμπειρίες, λαμβάνοντας υπόψη το φύλο, την ηλικία, την πόλη και την προέλευση του δείγματος έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις έχοντας σαν εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις της κλίμακας CAPE και σαν ανεξάρτητες το φύλο, την ηλικία, την πόλη, την προέλευση του δείγματος (κοινότητα-ιδρύματα) και το πλήθος των τραυματικών γεγονότων.

Από τα αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών αναλύσεων φάνηκε ότι το πλήθος των τραυματικών γεγονότων που είχαν βιώσει οι έφηβοι σχετίζονταν σημαντικά με τη συχνότητα των ψυχωτικών συμπτωμάτων τόσο της θετικής διάστασης όσο και της διάστασης της κατάθλιψης, λαμβάνοντας μάλιστα υπόψη το φύλο, την ηλικία, την πόλη και την προέλευση του δείγματος (κοινότητα- ιδρύματα). Επίσης, το πλήθος των τραυματικών γεγονότων που είχαν βιώσει οι έφηβοι σχετίζονταν σημαντικά και με τη δυσφορία που ανέφεραν από τις εμπειρίες αυτές στην θετική διάσταση αλλά και συνολικά. Συγκεκριμένα, φάνηκε πως περισσότερα τραυματικά γεγονότα σχετίζονταν με συχνότερες και πιο δυσφορικές ψυχωτικές εμπειρίες στις προαναφερθείσες διαστάσεις. Σε όλα τα παραπάνω μοντέλα, η προέλευση του δείγματος δεν ήταν σημαντική ($p>0,05$), γεγονός που υποδεικνύει ότι στη συχνότητα και τη δυσφορία των ψυχωτικών συμπεριφορών δεν παίζει ρόλο η ιδρυματοποίηση (Πίνακας 26).

Πίνακας 26: Πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις έχοντας σαν εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις της κλίμακας CAPE και σαν ανεξάρτητη το πλήθος των τραυματικών γεγονότων

	β^+	SE ⁺⁺	P
Θετική διάσταση (συχνότητα)	0,07	0,02	0,001

Διάσταση κατάθλιψης (συχνότητα)	0,07	0,02	0,002
Αρνητική διάσταση (συχνότητα)	0,02	0,02	0,280
Θετική διάσταση (δυσφορία)	0,05	0,02	0,043
Διάσταση κατάθλιψης (δυσφορία)	0,03	0,03	0,303
Αρνητική διάσταση (δυσφορία)	0,04	0,03	0,115
Συνολική βαθμολογία CAPE (συχνότητα)	0,06	0,02	0,003
Συνολική βαθμολογία CAPE (δυσφορία)	0,05	0,02	0,029

⁺ συντελεστής εξάρτησης του πλήθους των τραυματικών γεγονότων λαμβάνοντας υπόψη το φύλο, την ηλικία, την πόλη και την προέλευση του δείγματος ⁺⁺ τυπικό σφάλμα

Αποτελέσματα πολυπαραγοντικών αναλύσεων για την κλίμακα SDQ

Στη συνέχεια έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις έχοντας σαν εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις της κλίμακας SDQ και σαν ανεξάρτητες το φύλο, την ηλικία, την πόλη, την προέλευση του δείγματος (κοινότητα- ίδρυμα), το πλήθος τραυματικών γεγονότων και τις συνολικές κλίμακες συχνότητας και δυσφορίας CAPE. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων δίνονται παρακάτω:

Το φύλο και οι συνολικές βαθμολογίες συχνότητας και δυσφορίας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Emotional» (Πίνακας 27). Συγκεκριμένα:

- Τα αγόρια είχαν κατά 1,07 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερες δυσκολίες στον τομέα αυτό, σε σύγκριση με τα κορίτσια.
- Όσο πιο συχνές ήταν οι ψυχωτικές εμπειρίες των εφήβων τόσο περισσότερες δυσκολίες είχαν στη διάσταση αυτή.
- Όσο πιο μεγάλη δυσφορία προκαλούσαν οι ψυχωτικές εμπειρίες των εφήβων τόσο περισσότερες δυσκολίες είχαν στη διάσταση αυτή.

- Πίνακας 27: Έχοντας για εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Emotional»:

		β^+	SE ⁺⁺	P
Έφηβοι	Κοινότητας (αναφορά)			
	Των ιδρυμάτων	0,54	0,40	0,173
Φύλο	Κορίτσι (αναφορά)			
	Αγόρι	-1,07	0,37	0,005
Ηλικία		-0,01	0,11	0,936

Πόλη	Αθήνα (αναφορά)			
	Επαρχία	-0,73	0,42	0,086
Πλήθος γεγονότων		0,01	0,09	0,867
Συνολική βαθμολογία CAPE (δυσφορία)		0,86	0,40	0,033
Συνολική βαθμολογία CAPE (συχνότητα)		2,45	0,47	<0,001
⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα				

Μόνο η συνολική βαθμολογία συχνότητας βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Conduct Problems». Συγκεκριμένα, όσο πιο μεγάλη ήταν η συχνότητα των ψυχωτικών εμπειριών των εφήβων τόσο περισσότερες δυσκολίες είχαν στη διάσταση αυτή (Πίνακας 28).

- Πίνακας 28: Έχοντας για εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Conduct Problems»:

		β^+	SE ⁺⁺	P
Έφηβοι	Κοινότητα (αναφορά)			
	Των ιδρυμάτων	-0,15	0,38	0,706
Φύλο	Κορίτσι (αναφορά)			
	Αγόρι	0,21	0,36	0,563
Ηλικία		-0,08	0,11	0,482
Πόλη	Αθήνα (αναφορά)			
	Επαρχία	0,64	0,41	0,124
Πλήθος γεγονότων		0,14	0,08	0,098
Συνολική βαθμολογία CAPE (δυσφορία)		-0,56	0,39	0,154
Συνολική βαθμολογία CAPE (συχνότητα)		1,73	0,45	<0,001
⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα				

Μόνο η συνολική βαθμολογία συχνότητας βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Hyperactivity». Συγκεκριμένα, όσο πιο μεγάλη ήταν η συχνότητα των ψυχωτικών συμπτωμάτων των εφήβων τόσο περισσότερες δυσκολίες είχαν στη διάσταση αυτή (Πίνακας 29).

- Πίνακας 29: Έχοντας για εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Hyperactivity»:

		β^+	SE^{++}	P
Έφηβοι	Κοινότητας			
	Των ιδρυμάτων	-0,36	0,43	0,404
Φύλο	Κορίτσι			
	Αγόρι	0,55	0,40	0,176
Ηλικία		0,05	0,12	0,660
Πόλη	Αθήνα			
	Επαρχία	-0,78	0,46	0,091
Πλήθος γεγονότων		-0,08	0,09	0,398
Συνολική βαθμολογία CAPE		-0,29	0,44	0,507
(δυσφορία)				
Συνολική βαθμολογία CAPE		2,58	0,51	<0,001
(συχνότητα)				

⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα

Το φύλο και η συνολική βαθμολογία συχνότητας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Peer Problems» (Πίνακας 30). Συγκεκριμένα:

- Τα αγόρια είχαν κατά 0,71 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερες δυσκολίες στον τομέα αυτό, σε σύγκριση με τα κορίτσια.
- Όσο συχνότερες οι ψυχωτικές εμπειρίες των εφήβων τόσο περισσότερες δυσκολίες είχαν στη διάσταση αυτή

- Πίνακας 30: Έχοντας για εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Peer Problems»:

		β^+	SE^{++}	P
Έφηβοι	Κοινότητας			
	Των ιδρυμάτων	0,51	0,35	0,153
Φύλο	Κορίτσι			
	Αγόρι	0,71	0,33	0,032
Ηλικία		-0,09	0,10	0,362
Πόλη	Αθήνα			
	Επαρχία	-0,40	0,38	0,287
Πλήθος γεγονότων		-0,02	0,08	0,751
Συνολική βαθμολογία CAPE		0,38	0,37	0,307
(δυσφορία)				
Συνολική βαθμολογία CAPE		2,63	0,42	<0,001

(συχνότητα)

⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα

Το φύλο και η συνολική βαθμολογία συχνότητας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Prosocial»(Πίνακας 31). Συγκεκριμένα:

- Τα αγόρια είχαν κατά 1,11 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερες δυσκολίες στον τομέα αυτό, σε σύγκριση με τα κορίτσια.
- Όσο συχνότερες οι ψυχωτικές εμπειρίες των εφήβων τόσο περισσότερες δυσκολίες είχαν στη διάσταση αυτή
- Πίνακας 31: Έχοντας για εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Prosocial»:

		β^+	SE^{++}	P
Έφηβοι	Κοινότητας			
	Των ιδρυμάτων	0,02	0,45	0,969
Φύλο	Κορίτσι			
	Αγόρι	-1,11	0,42	0,009
Ηλικία		-0,09	0,13	0,484
Πόλη	Αθήνα			
	Επαρχία	-0,61	0,47	0,202
Πλήθος γεγονότων		0,03	0,10	0,756
Συνολική βαθμολογία CAPE		0,62	0,46	0,174
(δυσφορία)				
Συνολική βαθμολογία CAPE		-1,58	0,53	0,003
(συχνότητα)				

⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα

Μόνο η συνολική βαθμολογία συχνότητας βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα SDQ. Συγκεκριμένα, όσο συχνότερες οι ψυχωτικές εμπειρίες των εφήβων τόσο περισσότερες δυσκολίες είχαν συνολικά (Πίνακας 32).

- Πίνακας 32: Έχοντας για εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας SDQ:

		β^+	SE^{++}	P
Έφηβοι	Κοινότητας			
	Των ιδρυμάτων	0,47	0,86	0,588
Φύλο	Κορίτσι			
	Αγόρι	0,36	0,81	0,660
Ηλικία		-0,14	0,24	0,561
Πόλη	Αθήνα			
	Επαρχία	-1,35	0,92	0,143
Πλήθος γεγονότων		0,05	0,19	0,783
Συνολική βαθμολογία CAPE		0,19	0,92	0,834
(δυσφορία)				
Συνολική βαθμολογία CAPE		9,41	1,03	<0,001
(συχνότητα)				

⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι ψυχωτικές εμπειρίες παρατηρούνται αρκετά συχνά στο γενικό πληθυσμό παιδιών και εφήβων και η κλινική σημασία τους ποικίλει: από άνευ σημασίας, παροδικές εμπειρίες έως κλινικά σημαντικές εμπειρίες που δύνανται να προβλέπουν ψυχωτικές διαταραχές. Στην προσπάθεια των ερευνητών να αναγνωρίσουν τις ψυχωτικές εμπειρίες που χρήζουν κλινικής προσοχής, ο ρόλος της προκαλούμενης δυσφορίας αλλά και το ιστορικό τραύματος κατέχουν κεντρικό ρόλο. Στην παρούσα έρευνα επιχειρήθηκε να διερευνηθεί η σχέση του τραύματος με τις ψυχωτικές εμπειρίες σε παιδιά εφηβικής ηλικίας και ενδεχόμενα παρατηρούμενες διαφορές ανάμεσα στους διαφορετικούς τύπους τραύματος. Επιπλέον, διερευνήθηκε ο ρόλος της συχνότητας και της προκαλούμενης δυσφορίας από τις εμπειρίες αυτές στην κλινική σημασία τους .

Προκειμένου να ισχυροποιηθεί η υπόθεση ότι το τραύμα σχετίζεται ισχυρά με τον κίνδυνο για μετέπειτα εκδήλωση ψυχωτικών εμπειριών χρησιμοποιήθηκαν 2 δείγματα εφηβικού πληθυσμού παρόμοια ως προς τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, τόπο διαμονής) που διέφεραν όμως στις συνθήκες διαβίωσης, υπό την έννοια ότι το ένα δείγμα αντλήθηκε από ιδρυματικές δομές και το άλλο από την κοινότητα. Η επιλογή αυτή στόχο είχε να αναδείξει ότι το τραύμα σχετίζεται ισχυρά με την ύπαρξη ψυχωτικών εμπειριών στους εφήβους ανεξάρτητα από την ιδρυματοποίηση και τη φυσική ή και συναισθηματική παραμέληση που αναμένεται σε εφήβους που διαμένουν σε ιδρυματικές δομές, ενισχύοντας την υπόθεση πως συνιστά σημαντικό και ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για τις ψυχωτικές εμπειρίες.

Στην παρούσα έρευνα, παρόλο που δεν είναι δυνατός αλλά και ζητούμενο ο προσδιορισμός επιπολασμού, φαίνεται ότι οι ψυχωτικές εμπειρίες σε εφήβους κοινότητας αλλά και ιδρυμάτων είναι αρκετά συχνή. Συγκεκριμένα, το ποσοστό των εφήβων στο σύνολό τους που ανέφεραν τουλάχιστον μία ψυχωτική εμπειρία με συχνότητα συχνά/σχεδόν πάντα ήταν 94,1% (N=112), χωρίς να διαφέρουν τα ποσοστά σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων. Οι έφηβοι προερχόμενοι από ιδρύματα είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές μόνο στη διάσταση κατάθλιψης στην υποκλίμακα της συχνότητας του CAPE σε σύγκριση με τους εφήβους κοινότητας, χωρίς να διαφέρουν σε καμία άλλη διάσταση ψυχωτικών συμπτωμάτων, καταδεικνύοντας ότι οι ψυχωτικές εμπειρίες στους εφήβους είναι ένα συχνό φαινόμενο. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας που υποστηρίζουν πως οι ψυχωτικές εμπειρίες δεν συνιστούν αποκλειστικό χαρακτηριστικό κλινικού πληθυσμού αλλά μάλλον μια αρκετά κοινή εμπειρία που παρατηρείται και στον γενικό πληθυσμό (Calking et al., 2014; Kelleher et al., 2012).

Έκθεση σε τραύμα

Στην παρούσα έρευνα φάνηκε ότι η πιθανότητα κάποιος έφηβος να έχει ζήσει έστω ένα τραυματικό συμβάν είναι πολύ μεγάλη. Συγκεκριμένα σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας το 83,3% των εφήβων κοινότητας ανέφεραν έστω και ένα τραυματικό γεγονός στη ζωή τους. Οι έφηβοι που διέμεναν σε ιδρύματα, είχαν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τα άλλα παιδιά, όπως και αναμενόταν (94,4%), ενώ απαντάται στο ιστορικό τους πιο συχνά εμπειρία τροχαίου, σωματική επίθεση, σωματική κακοποίηση, ασέλγεια και σεξουαλική κακοποίηση. Φαίνεται δηλαδή ότι όχι μόνο η μεγάλη πλειοψηφία των εφήβων αναφέρουν τουλάχιστον ένα τραυματικό γεγονός, αλλά επιβεβαιώνεται

και από την παρούσα έρευνα ότι η πολυθυματοποίηση είναι μάλλον ο κανόνας παρά η εξαίρεση, όπως προτείνει και η διεθνής βιβλιογραφία (Alisicetal., 2008;Chartieretal., 2010; Copelandetal., 2007; Elklit, 2002; Felittietal., 1998; Kessler, 2000; McLaughlinetal., 2013).

Τραύμα και ψυχωτικές εμπειρίες- ο ρόλος της χρονιότητας και της δυσφορίας

Έχει φανεί βιβλιογραφικά ότι τα τραυματικά γεγονότα δρουν συνεργικά στην εμφάνιση ψυχωτικών εμπειριών με τρόπο που περισσότερα τραυματικά γεγονότα οδηγούν σε συχνότερες αλλά και πιο δυσφορικές ψυχωτικές εμπειρίες (Morganetal., 2014; Trottaetal., 2015), ενώ η συχνότητα έκθεσης στη θυματοποίηση κατά την παιδική ηλικία αυξάνει τον κίνδυνο ψυχωτικών εμπειριών και ψύχωσης (Lataster et al., 2006, Schreier et al., 2009).

Έτσι και στην παρούσα έρευνα φάνηκε ότι το πλήθος των τραυματικών γεγονότων που είχαν βιώσει οι έφηβοι σχετιζόταν σημαντικά με τη συχνότητα των ψυχωτικών συμπτωμάτων τόσο της θετικής διάστασης όσο και της διάστασης της κατάθλιψης, λαμβάνοντας μάλιστα υπόψη το φύλο, την ηλικία, την πόλη και την προέλευση του δείγματος (κοινότητα- ιδρύματα). Επίσης, το πλήθος των τραυματικών γεγονότων που είχαν βιώσει οι έφηβοι σχετιζόταν σημαντικά και με τη δυσφορία που ανέφεραν από τις εμπειρίες αυτές στην θετική διάσταση αλλά και συνολικά. Συγκεκριμένα, φάνηκε πως περισσότερα τραυματικά γεγονότα σχετιζόταν με συχνότερες και πιο δυσφορικές ψυχωτικές εμπειρίες στις προαναφερθείσες διαστάσεις. Φάνηκε τέλος, πως η ιδρυματοποίηση δεν έπαιξε σημαντικό ρόλο ($p>0,05$) στην συχνότητα και τη δυσφορία των ψυχωτικών εμπειριών.

Ο ρόλος του τύπου του τραύματος στη συχνότητα και τη δυσφορία των ψυχωτικών εμπειριών μελετήθηκε επίσης, καταδεικνύοντας, σε συμφωνία με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, τον ιδιαίτερο ρόλο του διαπροσωπικού τραύματος (intentiontoharm)(Klineetal., 2014; Moriyamaetal., 2018).

Σημαντικά υψηλότερη συχνότητα ψυχωτικών συμπτωμάτων στη θετική διάσταση είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός γενικά και συγκεκριμένα εκείνα που είχαν βιώσει άλλη φυσική καταστροφή, ασέλγεια και σεξουαλική κακοποίηση. Σημαντικά υψηλότερη συχνότητα ψυχωτικών συμπτωμάτων στη διάσταση κατάθλιψης είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει σωματική επίθεση, σωματική κακοποίηση, ασέλγεια και σεξουαλική κακοποίηση. Ακόμα, σημαντικά υψηλότερη συχνότητα ψυχωτικών συμπτωμάτων στη αρνητική διάσταση είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει ασέλγεια. Σημαντικά υψηλότερη συχνότητα συνολικών ψυχωτικών συμπτωμάτων είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός γενικά και συγκεκριμένα εκείνα που είχαν βιώσει σωματική επίθεση, ασέλγεια και σεξουαλική κακοποίηση.

Σημαντικά περισσότερη δυσφορία λόγω ψυχωτικών συμπτωμάτων στη θετική διάσταση είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει ασέλγεια και σεξουαλική κακοποίηση, ενώ σημαντικά περισσότερη συνολική δυσφορία από τις ψυχωτικές εμπειρίες είχαν οι έφηβοι που είχαν βιώσει αρρώστια ή θάνατο αγαπημένου.

Φάνηκε τελικά, πως το διαπροσωπικό τραύμα συνδέονταν περισσότερο με συχνές και δυσφορικές ψυχωτικές εμπειρίες, επιβεβαιώνοντας τον κεντρικό τους ρόλο στην αιτιολογία κλινικά σημαντικών ψυχωτικών εμπειριών.

Ψυχωτικές εμπειρίες και επιπτώσεις τους

Υπήρξαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ όλων σχεδόν των διαστάσεων των κλιμάκων SDQ και CAPE. Συνεπώς περισσότερα ψυχωτικά συμπτώματα και μεγαλύτερη δυσφορία από τα συμπτώματα αυτά σχετίζονταν με περισσότερες συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες

Συγκεκριμένα, διερευνήθηκε κατά πόσον οι συχνές ψυχωτικές εμπειρίες σχετίζονταν με συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες. Φάνηκε πως όσο πιο συχνές ήταν οι ψυχωτικές εμπειρίες στους εφήβους τόσο περισσότερες συναισθηματικές δυσκολίες ανέφεραν, ενώ παρόμοια συσχέτιση προέκυψε και όταν εξετάστηκαν οι ψυχωτικές εμπειρίες με συνοδό δυσφορία. Δηλαδή όσο μεγαλύτερη δυσφορία ανέφεραν οι έφηβοι από τις εμπειρίες αυτές, τόσο περισσότερες συναισθηματικές δυσκολίες είχαν. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με δεδομένα της βιβλιογραφίας που δείχνουν ότι οι ψυχωτικές εμπειρίες, φαίνεται πως σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με συμπτώματα κατάθλιψης ενώ μια αντίστροφη σχέση φαίνεται να μην ισχύει (Sullivan et al., 2014).

Τόσο στον τομέα των συμπεριφορικών δυσκολιών-προβλημάτων διαγωγής, όσο και στον τομέα της απροσεξίας- υπερκινητικότητας η συχνότητα των ψυχωτικών εμπειριών φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά και ανεξάρτητα με προβλήματα στους παραπάνω τομείς. Συγκεκριμένα, όσο πιο επίμονες οι ψυχωτικές εμπειρίες, τόσο περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς αλλά και σημεία απροσεξίας- υπερκινητικότητας ανέφεραν.

Επιπλέον φάνηκε από την παρούσα έρευνα ότι η συχνότητα των ψυχωτικών εμπειριών σχετιζόταν ισχυρά και ανεξάρτητα και με προβλήματα στις σχέσεις με τους συνομηλίκους. Όσον αφορά τις κοινωνικές δεξιότητες, πάλι η συχνότητα των ψυχωτικών εμπειριών σχετίστηκε ισχυρά και ανεξάρτητα με δυσκολίες στον τομέα αυτό.

Η συνολική βαθμολογία συχνότητας, βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα SDQ, υποδηλώνοντας ότι όσο πιο επίμονες είναι οι ψυχωτικές εμπειρίες στους εφήβους, τόσο περισσότερες δυσκολίες είχαν συνολικά. Τα ευρήματα αυτά είναι συμβατά με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας που δείχνουν ότι ο πληθυσμός που βιώνει επίμονες και δυσφορικές PLEs, αναφέρει μια ποικιλία συμπτωμάτων από την ψυχική σφαίρα που επιβαρύνουν την λειτουργικότητα, πλέον των υποκλινικών ψυχωτικών συμπτωμάτων, όπως

κατάθλιψη, διαταραχές προσοχής, αίσθημα ανεπάρκειας, μειωμένη αυτοπεποίθηση και δυσχερείς σχέσεις με γονείς, μειωμένη επαγγελματική και ακαδημαϊκή επίδοση (Davies et al., 2018; Thompson et al., 2015), ενώ επιβεβαιώνεται και η υπόθεση ότι οι δυσφορικές ψυχωτικές εμπειρίες σχετίζονται με προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς και γενικά με επιβάρυνση της λειτουργικότητας. Φαίνεται λοιπόν ότι δεν συνιστά μόνο η συχνότητα επιβαρυντικό παράγοντα όσον αφορά τις συναισθηματικές δυσκολίες και τη συνολική λειτουργικότητα των εφήβων, αλλά και η δυσφορία από τις εμπειρίες αυτές.

Περιορισμοί της έρευνας

Στους περιορισμούς της παρούσας έρευνας πρέπει να περιληφθεί το σχετικά μικρό δείγμα που μπορεί να δυσχεραίνει την γενίκευση των αποτελεσμάτων. Επιπλέον για την μέτρηση των ψυχωτικών συμπτωμάτων, χρησιμοποιήθηκε το CAPE, ένα ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται ευρέως στην ανίχνευση ψυχωτικών εμπειριών, αλλά που συνιστά παράλληλα ένα εργαλείο αυτοαναφοράς. Έχει φανεί βιβλιογραφικά ότι με τα εργαλεία αυτοαναφοράς, ανιχνεύονται σε μεγαλύτερη συχνότητα ψυχωτικές εμπειρίες σε σύγκριση με τις ατομικές συνεντεύξεις με κλινικό (Lee et al., 2016).

Στην παρούσα έρευνα όμως, δεν επιχειρήθηκε μέτρηση του επιπολασμού, καθώς κάτι τέτοιο θα ήταν ούτως ή άλλως άστοχο λόγω μεγέθους του δείγματος, αλλά και γιατί δεν συνιστούσε εξαρχής ζητούμενο. Συνεπώς δεν αποτέλεσε στην πραγματικότητα εμπόδιο στη διερεύνηση της σχέσης τραύματος- ψυχωτικών εμπειριών.

Επιπλέον χρησιμοποιήθηκε μόνο η μορφή του SDQ που συμπληρώνεται από τους εφήβους, χωρίς να χρησιμοποιηθούν οι μορφές για τους γονείς και το δάσκαλο λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του δείγματος (ιδρυματικός πληθυσμός στον οποίο οι γονείς δεν είχαν την επιμέλεια για οποιοδήποτε λόγο) αλλά και πρακτικών δυσκολιών που θα δυσχέραιναν

τη συλλογή δεδομένων από τους δασκάλους, καθώς μέρος του δείγματος διέμενε εκτός Αθηνών και θα ήταν αδύνατη ,χωρίς την αυτοπρόσωπη παρουσία της ερευνήτριας, η συλλογή ερωτηματολογίων από άλλους πληροφοριοδότες.

Ένας άλλος περιορισμός της έρευνας ήταν, πως για την ανίχνευση τραυματικών γεγονότων στους εφήβους, χρησιμοποιήθηκε αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο, που προέκυψε από προσαρμογή της ανιχνευτικής συνέντευξης τραύματος του K- SADS- PL. Εκτός του ότι το ερωτηματολόγιο αυτό δεν έχει σταθμιστεί και δεν ελεγχθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του, από τα αποτελέσματα της ανάλυσης φάνηκε πως η ερώτηση που αφορούσε στις άλλες φυσικές καταστροφές (σεισμός, πλημμύρα, ναυάγιο) φάνηκε να απαντάται ψευδώς θετικά από τους εφήβους σε υψηλή συχνότητα αλλά και να σχετίζεται ισχυρά με αρκετές μεταβλητές, μια σχέση που μάλλον είναι πλασματική όπως προέκυψε από την εκ των υστέρων συζήτηση με τους εφήβους. Συγκεκριμένα στη συγκεκριμένη ερώτηση, όπως προσαρμόστηκε από την ερευνήτρια, δεν λαμβανόταν υπόψη, κυρίως για τον σεισμό, η σοβαρότητα της φυσικής καταστροφής (υλικές ζημιές, τραυματισμός) με αποτέλεσμα να απαντάνε πολλά παιδιά θετικά, απλά επειδή έχουν ζήσει κάποια στιγμή την εμπειρία του σεισμού. Αξίζει λοιπόν να ληφθεί σοβαρά υπόψη σε νέα έρευνα στην οποία ενδεχόμενα χρησιμοποιηθεί αλλά και στην ερμηνεία και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων που δείχνουν συσχετίσεις με το συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός.

Τέλος οι συνθήκες συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων δεν ήταν απόλυτα όμοιες σε όλα τα δείγματα εφήβων. Συγκεκριμένα τα ερωτηματολόγια στα χωριά ΣΟΣ εδόθησαν από τους υπευθύνους στους εφήβους προς συμπλήρωση, ενώ στον λοιπό ιδρυματικό πληθυσμό, τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν υπό την παρουσία της ερευνήτριας, με πιθανό αποτέλεσμα, το κίνητρο και η συνέπεια των απαντήσεων κατά τη συμπλήρωση να ήταν ισχυρότερα με την παρουσία της ερευνήτριας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι υποκλινικές ψυχωτικές εμπειρίες παρατηρούνται με μεγάλη συχνότητα σε εφήβους και στην πλειοψηφία τους είναι παροδικές και άνευ κλινικής σημασίας. Οι παράγοντες εκείνοι που αφορούν τις ψυχωτικές εμπειρίες και χρήζουν κλινικής προσοχής είναι, η προκαλούμενη από αυτές δυσφορία και η εμμονή τους στο χρόνο.

Εμμένουσες ψυχωτικές εμπειρίες που προκαλούν δυσφορία, συνιστούν σημαντικό δείκτη επιβάρυνσης της ψυχικής υγείας μιας και σχετίζονται με ένα ευρύ φάσμα ψυχοπαθολογικών οντοτήτων, που περιλαμβάνει συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες, επηρεάζοντας τη συνολική λειτουργικότητα.

Φάνηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του τραύματος, ιδιαίτερα του διαπροσωπικού και της εμφάνισης κλινικά σημαντικών ψυχωτικών συμπτωμάτων, ενώ καταγράφηκε και μια σχέση δόση- απόκρισης, με περισσότερα τραυματικά γεγονότα να συνδέονται με συχνότερες και πιο δυσφορικές ψυχωτικές εμπειρίες.

Προτείνεται στους ειδικούς ψυχικής υγείας που εξετάζουν εφήβους με ψυχωτικές εμπειρίες να διερευνούν την ύπαρξη τραυματικών γεγονότων (ιδιαίτερα των διαπροσωπικών) και αντίστροφα, καθώς πρόωγη παρέμβαση και αντιμετώπιση των συνεπειών των παιδικών αντιξοοτήτων σε εφήβους με ψυχωτικά φαινόμενα, θα μπορούσε να βελτιώσει τις μακροπρόθεσμες εκβάσεις αλλά και να βελτιώσει την απαντητικότητά τους σε μελλοντικές ψυχοπιεστικές καταστάσεις.

Τέλος, τόσο η εμμονή των ψυχωτικών εμπειριών στο χρόνο, όσο και η συνοδός δυσφορία πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην αξιολόγηση εφήβων με τέτοιες εμπειρίες, καθώς θα μπορούσαν να αποτελέσουν χρήσιμους στόχους θεραπευτικών παρεμβάσεων που θα μπορούσαν να προλάβουν διάφορες δυσμενείς εκβάσεις στο μέλλον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ:

Δημόπουλος, Β (2018). *Στοιχεία για την ψυχική μορφοποίηση-Η Δυναμική του τραύματος*. Γαβριηλίδης.

Σταλίκας, Α. (2005). *Μέθοδοι έρευνας στην Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ:

Aberbach, D. (1989). *Surviving trauma: Loss, literature and psychoanalysis*. New Haven: Yale University Press.

Adriaanse, M., Van Domburgh, L., Hoek, H. W., Susser, E., Doreleijers, T. A. H., & Veling, W. (2015). Prevalence, impact and cultural context of psychotic experiences among ethnic minority youth. *Psychological medicine*, 45(3), 637-646.<https://doi.org/10.1017/s0033291714001779>

Agorastos, A., Pervanidou, P., Chrousos, G. P., & Kolaitis, G. (2018). Early life stress and trauma: developmental neuroendocrine aspects of prolonged stress system dysregulation. *Hormones*, 1-14

Alemany, S., Ayesa-Arriola, R., Arias, B., Fatjó-Vilas, M., Ibáñez, M. I., Ortet, G., ... & Fañanás, L. (2015). Childhood abuse in the etiological continuum underlying psychosis from first-episode psychosis to psychotic experiences. *European psychiatry*, 30(1), 38-42.<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.08.005>

Alemaný, S., Goldberg, X., van Winkel, R., Gastó, C., Peralta, V., & Fananas, L. (2013). Childhood adversity and psychosis: examining whether the association is due to genetic confounding using a monozygotic twin differences approach. *European Psychiatry*, 28(4), 207-212.[https://doi.org/ 10.1016/j.eurpsy.2012.03.001](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.03.001)

Alisic, E., van der Schoot, T. A., van Ginkel, J. R., & Kleber, R. J. (2008). Looking beyond posttraumatic stress disorder in children: Posttraumatic stress reactions, posttraumatic growth, and quality of life in a general population sample. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1455–1461.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC; 2013.

Ames, C. S., Jolley, S., Laurens, K. R., Maddox, L., Corrigall, R., Browning, S., ... & Kuipers, E. (2014). Modelling psychosocial influences on the distress and impairment caused by psychotic-like experiences in children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 23(8), 715-722.[https://doi.org/ 10.1007/s00787-013-0500-0](https://doi.org/10.1007/s00787-013-0500-0)

Andorko, N. D., Millman, Z. B., Klingaman, E., Medoff, D., Kline, E., DeVyllder, J., ... & Schiffman, J. (2018). Association between sleep, childhood trauma and psychosis-like experiences. *Schizophrenia research*.<https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.02.052>

Anilmis, J. V., Stewart, C. S., Roddy, S., Hassanali, N., Muccio, F., Browning, S., ... & Kuipers, E. (2015). Understanding the relationship between schematic beliefs, bullying, and unusual

experiences in 8–14 year olds. *European psychiatry*, 30(8), 920-923.<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.08.008>

Arseneault, L., Cannon, M., Fisher, H. L., Polanczyk, G., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2011). Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: a genetically sensitive longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 168(1), 65-72.

Asher, L., Zammit, S., Sullivan, S., Dorrington, S., Heron, J., & Lewis, G. (2013). The relationship between psychotic symptoms and social functioning in a non-clinical population of 12 year olds. *Schizophrenia research*, 150(2), 404-409.<https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.08.031>

Bartels-Velthuis, A. A., Wigman, J. T. W., Jenner, J. A., Bruggeman, R., & Os, J. (2016). Course of auditory vocal hallucinations in childhood: 11-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(1), 6-15.<https://doi.org/10.1111/acps.12571>

Betts, K. S., Williams, G. M., Najman, J. M., Scott, J., & Alati, R. (2014). Exposure to stressful life events during pregnancy predicts psychotic experiences via behaviour problems in childhood. *Journal of psychiatric research*, 59, 132-139.<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.08.001>

Bishop, M., Rosenstein, D., Bakelaar, S., & Seedat, S. (2014). An analysis of early developmental trauma in social anxiety disorder and posttraumatic stress disorder. *Annals of general psychiatry*, 13(1), 16.

Bora, E., & Pantelis, C. (2013). Theory of mind impairments in first-episode psychosis, individuals at ultra-high risk for psychosis and in first-degree relatives of schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 144(1), 31-36.<https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.12.013>

Bourque, J., Afzali, M. H., O'Leary-Barrett, M., & Conrod, P. (2017). Cannabis use and psychotic-like experiences trajectories during early adolescence: the coevolution and potential mediators. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(12), 1360-1369. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12765>

Bromet, E. J., Nock, M. K., Saha, S., Lim, C. C., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., ... & de Girolamo, G. (2017). Association between psychotic experiences and subsequent suicidal thoughts and behaviors: A cross-national analysis from the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA psychiatry*, 74(11), 1136-1144. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2647>

Calkins, M. E., Moore, T. M., Merikangas, K. R., Burstein, M., Satterthwaite, T. D., Bilker, W. B., ... & Qiu, H. (2014). The psychosis spectrum in a young US community sample: findings from the Philadelphia Neurodevelopmental Cohort. *World Psychiatry*, 13(3), 296-305.

Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., & Jurueña, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(12), 1007-1020.

Castillejos, M. C., Martín-Pérez, C., & Moreno-Küstner, B. (2018). A systematic review and meta-analysis of the incidence of psychotic disorders: the distribution of rates and the influence

of gender, urbanicity, immigration and socio-economic level. *Psychological medicine*, 1-15.

<https://doi.org/10.1017/S0033291718000235>

Cederlöf, M., Östberg, P., Pettersson, E., Anckarsäter, H., Gumpert, C., Lundström, S., & Lichtenstein, P. (2014). Language and mathematical problems as precursors of psychotic-like experiences and juvenile mania symptoms. *Psychological medicine*, 44(6), 1293-1302 <https://doi.org/10.1017/s0033291713002018>

Cederlöf, M., Kuja-Halkola, R., Larsson, H., Sjölander, A., Östberg, P., Lundström, S., ... & Lichtenstein, P. (2017). A longitudinal study of adolescent psychotic experiences and later development of substance use disorder and suicidal behavior. *Schizophrenia research*, 181, 13-16. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.08.029>

Chambers, W. J., Puig-Antich, J., Hirsch, M., Paez, P., Ambrosini, P. J., Tabrizi, M. A., & Davies, M. (1985). The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview: test-retest reliability of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, Present Episode Version. *Archives of general psychiatry*, 42(7), 696-702.

Chartier MJ, Walker JR, Naimark B (2010) Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse Negl.* 34: 454–464.

Clemmensen, L., van Os, J., Skovgaard, A. M., Væver, M., Blijd-Hoogewys, E. M., Bartels-Velthuis, A. A., & Jeppesen, P. (2014). Hyper-theory-of-mind in children with psychotic experiences. *Plos one*, 9(11), e113082.<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0113082>

Clemmensen, L., van Os, J., Drukker, M., Munkholm, A., Rimvall, M. K., Væver, M., ... & Jeppesen, P. (2016). Psychotic experiences and hyper-theory-of-mind in preadolescence—a birth cohort study. *Psychological medicine*, 46(1), 87-101.<https://doi.org/10.1017/s0033291715001567>

Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64, 577–584.

Copeland, W. E., Shanahan, L., Hinesley, J., Chan, R. F., Aberg, K. A., Fairbank, J. A., ... & Costello, E. J. (2018). Association of childhood trauma exposure with adult psychiatric disorders and functional outcomes. *JAMA network open*, 1(7), e184493-e184493.

Courtois, C. A. (2008). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment.

Davies, J., Sullivan, S., & Zammit, S. (2018). Adverse life outcomes associated with adolescent psychotic experiences and depressive symptoms. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(5), 497-507.<https://doi.org/10.1007/s00127-018-1496-z>

Debbané, M., Badoud, D., Balanzin, D., & Eliez, S. (2013). Broadly defined risk mental states during adolescence: Disorganization mediates positive schizotypal expression. *Schizophrenia Research*, 147, 153-156. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.03.012>

de Castro-Catala, M., van Nierop, M., Barrantes-Vidal, N., Cristóbal-Narváez, P., Sheinbaum, T., Kwapil, T. R., ... & van Os, J. (2016). Childhood trauma, BDNF Val66Met and subclinical psychotic experiences. Attempt at replication in two independent samples. *Journal of psychiatric research*, 83, 121-129. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.08.014>

DeVylder, J. E., Thompson, E., Reeves, G., & Schiffman, J. (2015). Psychotic experiences as indicators of suicidal ideation in a non-clinical college sample. *Psychiatry research*, 226(2), 489-493. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.007>

Dolphin, L., Dooley, B., & Fitzgerald, A. (2015). Prevalence and correlates of psychotic like experiences in a nationally representative community sample of adolescents in Ireland. *Schizophrenia Research*, 169, 241-217. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.09.005>

Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., ... & Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child abuse & neglect*, 28(7), 771-784.

Dreier, J. W., Berg-Beckhoff, G., Andersen, A. M. N., Susser, E., Nordentoft, M., & Strandberg-Larsen, K. (2018). Fever and infections during pregnancy and psychosis-like experiences in the offspring at age 11. A prospective study within the Danish National Birth Cohort. *Psychological medicine*, 48(3), 426-436. <https://doi.org/10.1017/s0033291717001805>

Ehnholt, K. A., & Yule, W. (2006). Practitioner Review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1197-1210.

el Bouhaddani, S., van Domburgh, L., Schaefer, B., Doreleijers, T. A., & Veling, W. (2017). Peer status in relation to psychotic experiences and psychosocial problems in adolescents: a longitudinal school-based study. *European child & adolescent psychiatry*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1063-2>

Elklit, A. (2002). Victimization and PTSD in a Danish national youth probability sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 174–181.

Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Spitz AM, Edwards E, Koss MP, Marks JS (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 14: 245–258.

Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child abuse & neglect*, 31(1), 7-26.

Forbes, N. F., Carrick, L. A., McIntosh, A. M., & Lawrie, S. M. (2009). Working memory in schizophrenia: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 39(6), 889-905. <https://doi.org/10.1017/S0033291708004558>

Freud, S. (1896). The Aetiology of Hysteria. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume III (1893-1899): Early Psycho-Analytic Publications*, (pp. 187-221). London, England: Hogarth Press.

Fusar-Poli, P., Carpenter, W. T., Woods, S. W., & McGlashan, T. H. (2014). Attenuated Psychosis Syndrome: Ready for DSM-5.1? *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 155-192. [https://doi.org/ 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153645](https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153645)

Giannakopoulos, G., Tzavara, C., Dimitrakaki, C., Kolaitis, G., Rotsika, V., & Tountas, Y. (2009). The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *Annals of General Psychiatry*, 8(1), 20.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38(5), 581-586.

Granö, N., Salmijärvi, L., Karjalainen, M., Kallionpää, S., Roine, M., & Taylor, P. (2015). Early signs of worry: Psychosis risk symptom visual distortions are independently associated with suicidal ideation. *Psychiatry research*, 225(3), 263-267. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.031>

Guloksuz, S., van Nierop, M., Lieb, R., van Winkel, R., Wittchen, H. U., & van Os, J. (2015). Evidence that the presence of psychosis in non-psychotic disorder is environment-dependent and mediated by severity of non-psychotic psychopathology. *Psychological medicine*, 45 (11), 2389-2401. <https://doi.org/10.1017/s0033291715000380>

Hameed, M. A., Lingam, R., Zammit, S., Salvi, G., Sullivan, S., & Lewis, A. J. (2017). Trajectories of early childhood developmental skills and early adolescent psychotic experiences: Findings from the ALSPAC UK birth cohort.[https://doi.org/ 10.3389/fpsyg.2017.02314](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02314)

Hennig, T., Jaya, E. S., Koglin, U., & Lincoln, T. M. (2017). Associations of attention-deficit/hyperactivity and other childhood disorders with psychotic experiences and disorders in adolescence. *European child & adolescent psychiatry*, 26(4), 421-431.[https://doi.org/ 10.1007/s00787-016-0904-8](https://doi.org/10.1007/s00787-016-0904-8)

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377–377.

Herman JP, Figueiredo H, Mueller NK, Ulrich-Lai Y, Ostrander MM, Choi DC et al. (2003) Central mechanisms of stress integration: hierarchical circuitry controlling hypothalamo-pituitary-adrenocortical responsiveness. *Frontiers in Neuroendocrinology* 24, 151–180.

Horrevorts, E. M., Monshouwer, K., Wigman, J. T., & Vollebergh, W. A. (2014). The relation between bullying and subclinical psychotic experiences and the influence of the bully climate of school classes. *European child & adolescent psychiatry*, 23(9), 765-772. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0524-0>

Jeppesen, P., Clemmensen, L., Munkholm, A., Rimvall, M. K., Rask, C. U., Jørgensen, T., ... & Skovgaard, A. M. (2015). Psychotic experiences co-occur with sleep problems, negative affect and mental disorders in preadolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(5), 558-565.[https://doi.org/ 10.1111/jcpp.12319](https://doi.org/10.1111/jcpp.12319)

Jolley, S., Kuipers, E., Stewart, C., Browning, S., Bracegirdle, K., Basit, N., ... & Turley, G. (2018). The Coping with Unusual Experiences for Children Study (CUES): A pilot randomized controlled evaluation of the acceptability and potential clinical utility of a cognitive behavioural intervention package for young people aged 8–14 years with unusual experiences and emotional symptoms. *British Journal of Clinical Psychology*.<https://doi.org/10.1111/bjc.12176>

Jones, H. J., Stergiakouli, E., Tansey, K. E., Hubbard, L., Heron, J., Cannon, M., ... & Smith, G. D. (2016). Phenotypic manifestation of genetic risk for schizophrenia during adolescence in the general population. *JAMA psychiatry*, 73(3), 221-228.<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.3058>

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. M. A., Flynn, C., Moreci, P., ... & Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988.

Kelleher, I., Keeley, H., Corcoran, P., Lynch, F., Fitzpatrick, C., Devlin, N., ... & Arseneault, L. (2012). Clinicopathological significance of psychotic experiences in non-psychotic young people: evidence from four population-based studies. *The British Journal of Psychiatry*, 201(1), 26-32

Kelleher, I., Keeley, H., Corcoran, P., Ramsay, H., Wasserman, C., Carli, V., ... & Cannon, M. (2013). Childhood trauma and psychosis in a prospective cohort study: cause, effect, and directionality. *American Journal of Psychiatry*, 170(7), 734-741.<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12091169>

Kelleher, I., Devlin, N., Wigman, J. T., Kehoe, A., Murtagh, A., Fitzpatrick, C., & Cannon, M. (2014). Psychotic experiences in a mental health clinic sample: implications for suicidality, multimorbidity and functioning. *Psychological Medicine*, 44(8), 1615-1624.<https://doi.org/10.1017/s0033291713002122>

Kelleher, I., Wigman, J. T., Harley, M., O'Hanlon, E., Coughlan, H., Rawdon, C., ... & Cannon, M. (2015). Psychotic experiences in the population: association with functioning and mental distress. *Schizophrenia research*, 165(1), 9-14.<https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.03.020>

Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (Suppl 5), 4–12

Kline, E., Thompson, E., Bussell, K., Pitts, S. C., Reeves, G., & Schiffman, J. (2014). Psychosis-like experiences and distress among adolescents using mental health services. *Schizophrenia research*, 152(2), 498-502.<https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.12.012>

Kolaitis, G., Korpa, T., Kolvin, I., & Tsiantis, J. (2003). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present episode (K-SADS-P): a pilot inter-rater reliability study for Greek children and adolescents. *European Psychiatry*, 18 374-375.

Lataster, T., van Os, J., Drukker, M., Henquet, C., Feron, F., Gunther, N., & Myin-Germeys, I. (2006). Childhood victimisation and developmental expression of non-clinical delusional

ideation and hallucinatory experiences. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(6), 423-428.

Lee, K. W., Chan, K. W., Chang, W. C., Lee, E. H. M., Hui, C. L. M., & Chen, E. Y. H. (2016). A systematic review on definitions and assessments of psychotic-like experiences. *Early intervention in psychiatry*, 10(1), 3-16. <https://doi.org/10.1111/eip.12228>

Lereya, S. T., Copeland, W. E., Zammit, S., & Wolke, D. (2015). Bully/victims: a longitudinal, population-based cohort study of their mental health. *European child & adolescent psychiatry*, 24(12), 1461-1471. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0705-5>

Linscott, R. J., & van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: On the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine*, 43, 1133-1149. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001626>

Maddox, L., Jolley, S., Laurens, K. R., Hirsch, C., Hodgins, S., Browning, S., ... & Kuipers, E. (2013). Cognitive behavioural therapy for unusual experiences in children: a case series. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 41(3), 344-358. <https://doi.org/10.1017/s1352465812000343>

Mark, W., & Touloupoulou, T. (2015). Psychometric properties of “community assessment of psychic experiences”: review and meta-analyses. *Schizophrenia bulletin*, 42(1), 34-44.

Martin, G., Thomas, H., Andrews, T., Hasking, P., & Scott, J. G. (2015). Psychotic experiences and psychological distress predict contemporaneous and future non-suicidal self-injury and suicide attempts in a sample of Australian school-based adolescents. *Psychological Medicine*, 45(2), 429-437.<https://doi.org/10.1017/s0033291714001615>

McGrath, J. J., Saha, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., ..., Kessler, R. C. (2015). Psychotic experiences in the general population: A cross-national analysis based on 31,261 respondents from 18 countries. *JAMA Psychiatry*, 72, 697-705. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0575>.

McGrath, J. J., Saha, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L., Benjet, C., Bromet, E. J., ... & Fayyad, J. (2016). The bidirectional associations between psychotic experiences and DSM-IV mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 173(10), 997-1006.<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15101293>

McGrath, J. J., McLaughlin, K. A., Saha, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., ... & Florescu, S. (2017). The association between childhood adversities and subsequent first onset of psychotic experiences: a cross-national analysis of 23 998 respondents from 17 countries. *Psychological medicine*, 47(7), 1230-1245.<https://doi.org/10.1017/s0033291716003263>

McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Hill, E. D., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 815-830.

Morgan, C., Reininghaus, U., Reichenberg, A., Frissa, S., Hotopf, M., Hatch, S. L., & SELCoH Study Team. (2014). Adversity, cannabis use and psychotic experiences: evidence of cumulative and synergistic effects. *The British Journal of Psychiatry*, bjp-bp.https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.134452

Moriyama, T. S., Drukker, M., Gadelha, A., Pan, P. M., Salum, G. A., Manfro, G. G., ... & van Os, J. (2018). The association between psychotic experiences and traumatic life events: the role of the intention to harm. *Psychological medicine*, 1-12.https://doi.org/10.1017/s0033291717003762

Murphy, J., Shevlin, M., Houston, J. E., & Adamson, G. (2014). Modelling the co-occurrence of psychosis-like experiences and childhood sexual abuse. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(7), 1037-1044.https://doi.org/10.1007/s00127-014-0845-9

Murphy, S., Murphy, J., & Shevlin, M. (2015). Negative evaluations of self and others, and peer victimization as mediators of the relationship between childhood adversity and psychotic experiences in adolescence: the moderating role of loneliness. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 326-344.https://doi.org/10.1111/bjc.12077

Nam, B., Hilimire, M., Schiffman, J., & DeVlyder, J. (2016). Psychotic experiences in the context of depression: The cumulative role of victimization. *Journal of psychiatric research*, 82, 136-140.https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.07.023

Newbury, J. B., Arseneault, L., Caspi, A., Moffitt, T. E., Odgers, C. L., Baldwin, J. R., ... & Fisher, H. L. (2017). In the eye of the beholder: Perceptions of neighborhood adversity and

psychotic experiences in adolescence. *Development and psychopathology*, 29(5), 1823-1837.<https://doi.org/10.1017/s0954579417001420>

Newbury, J., Arseneault, L., Caspi, A., Moffitt, T. E., Odgers, C. L., & Fisher, H. L. (2017). Cumulative effects of neighborhood social adversity and personal crime victimization on adolescent psychotic experiences. *Schizophrenia bulletin*.<https://doi.org/10.1093/schbul/sbx060>

Niarchou, M., Zammit, S., & Lewis, G. (2015). The Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) birth cohort as a resource for studying psychopathology in childhood and adolescence: a summary of findings for depression and psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(7), 1017-1027. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1072-8>.

Nierop, M., Os, J., Gunther, N., Zelst, C., Graaf, R., Ten Have, M., ... & Winkel, R. (2014). Does social defeat mediate the association between childhood trauma and psychosis? Evidence from the NEMESIS-2 Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(6), 467-476.<https://doi.org/10.1111/acps.12212>

Noone, D., Ames, C., Hassanali, N., Browning, S., Bracegirdle, K., Corrigall, R., ... & Fowler, D. (2015). A preliminary investigation of schematic beliefs and unusual experiences in children. *European psychiatry*, 30(5), 569-575.<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.12.006>

Norman RM and Malla AK (1993a) Stressful life events and schizophrenia. I: a review of the research. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science* 162, 161–166.

Norman RM and Malla AK (1993b) Stressful life events and schizophrenia. II: conceptual and methodological issues. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science* 162, 166–174.

Paksarian, D., Merikangas, K. R., Calkins, M. E., & Gur, R. E. (2016). Racial-ethnic disparities in empirically-derived subtypes of subclinical psychosis among a US sample of youths. *Schizophrenia research*, 170(1), 205-210.[https://doi.org/ 10.1016/j.schres.2015.12.004](https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.12.004)

Peters, E. R., Joseph, S. A., & Garety, P. A. (1999). Measurement of delusional ideation in the normal population: introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). *Schizophrenia bulletin*, 25(3), 553-576

Pignon, B., Peyre, H., Ferchiou, A., van Os, J., Rutten, B. P., Murray, R. M., ... & Szöke, A. (2018). Assessing cross-national invariance of the Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE). *Psychological medicine*, 1-8.

Pontillo, M., De Luca, M., Pucciarini, M. L., Vicari, S., & Armando, M. (2016). All that glitters is not gold: prevalence and relevance of psychotic-like experiences in clinical sample of children and adolescents aged 8–17 years old. *Early intervention in psychiatry*.<https://doi.org/10.1111/eip.12370>

Ramsay, H., Kelleher, I., Flannery, P., Clarke, M. C., Lynch, F., Harley, M., ... & Cannon, M. (2013). Relationship between the COMT-Val158Met and BDNF-Val66Met polymorphisms,

childhood trauma and psychotic experiences in an adolescent general population sample. *PLoS One*, 8(11), e79741.[https://doi.org/ 10.1371/journal.pone.0079741](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0079741)

Reininghaus, U., Gayer-Anderson, C., Valmaggia, L., Kempton, M. J., Calem, M., Onyejiaka, A., ... & Mills, J. G. (2016). Psychological processes underlying the association between childhood trauma and psychosis in daily life: an experience sampling study. *Psychological medicine*, 46(13), 2799-2813.[https://doi.org/ 10.1017/s003329171600146x](https://doi.org/10.1017/s003329171600146x)

Remberk, B. (2017). Clinical significance of psychotic-like experiences in children and adolescents. *Psychiatria polska*, 51(2), 271-282.<https://doi.org/10.12740/pp/63894>

Ribeiro WS, de Jesus Mari J, Quintana MI, Dewey ME, Evans-Lacko S, Vilete LM et al. (2013) The impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS ONE* 8, e63545.

Rossi, R., Zammit, S., Button, K. S., Munafò, M. R., Lewis, G., & David, A. S. (2016). Psychotic experiences and working memory: a population-based study using signal-detection analysis. *PloS one*, 11(4), e0153148.<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153148>

Schreier, A., Wolke, D., Thomas, K., Horwood, J., Hollis, C., Gunnell, D., ... & Salvi, G. (2009). Prospective study of peer victimization in childhood and psychotic symptoms in a nonclinical population at age 12 years. *Archives of general psychiatry*, 66(5), 527-536.

Shakoor, S., McGuire, P., Cardno, A. G., Freeman, D., & Ronald, A. (2017). A twin study exploring the association between childhood emotional and behaviour problems and specific

psychotic experiences in a community sample of adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.[https://doi.org/ 10.1111/jcpp.12839](https://doi.org/10.1111/jcpp.12839)

Siebold, C., Khandaker, G. M., Zammit, S., Lewis, G., & Jones, P. B. (2016). Association between childhood psychiatric disorders and psychotic experiences in adolescence: A population-based longitudinal study. *Comprehensive psychiatry*, 69, 45-52.<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.05.004>

Solmi, F., Colman, I., Weeks, M., Lewis, G., & Kirkbride, J. B. (2017). Trajectories of neighborhood cohesion in childhood, and psychotic and depressive symptoms at age 13 and 18 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(7), 570-577<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.04.003>

Stefanis, N. C., Hanssen, M., Smirnis, N. K., Avramopoulos, D. A., Evdokimidis, I. K., Stefanis, C. N., ... & Van Os, J. (2002). Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychological medicine*, 32(2), 347-358.

Suliman S, Mkabile SG, Fincham DS, Ahmed R, Stein DJ and Seedat S (2009) Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. *Comprehensive Psychiatry* 50, 121–127.

Sullivan, S., Rai, D., Golding, J., Zammit, S., & Steer, C. (2013). The association between autism spectrum disorder and psychotic experiences in the Avon longitudinal study of parents

- and children (ALSPAC) birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 806-814. [https://doi.org/ 10.1016/j.jaac.2013.05.010](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.010)
- Sullivan, S., Lewis, G., Wiles, N., Thompson, A., & Evans, J. (2013). Psychotic experiences and social functioning: a longitudinal study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(7), 1053-1065. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0715-x>
- Sullivan, S. A., Wiles, N., Kounali, D., Lewis, G., Heron, J., Cannon, M., ... & Zammit, S. (2014). Longitudinal associations between adolescent psychotic experiences and depressive symptoms. *PloS one*, 9(8), e105758. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105758>
- Sullivan, S. A., Lewis, G., Gunnell, D., Cannon, M., Mars, B., & Zammit, S. (2015). The longitudinal association between psychotic experiences, depression and suicidal behaviour in a population sample of adolescents. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(12), 1809-1817. [https://doi.org/ 10.1007/s00127-015-1086-2](https://doi.org/10.1007/s00127-015-1086-2)
- Sullivan, S. A., Hollen, L., Wren, Y., Thompson, A. D., Lewis, G., & Zammit, S. (2016). A longitudinal investigation of childhood communication ability and adolescent psychotic experiences in a community sample. *Schizophrenia research*, 173(1), 54-61. [https://doi.org/ 10.1016/j.schres.2016.03.005](https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.03.005)
- Sun, M., Hu, X., Zhang, W., Guo, R., Hu, A., Mwansisya, T. E., ... & Shi, J. (2015). Psychotic-like experiences and associated socio-demographic factors among adolescents in China. *Schizophrenia research*, 166(1), 49-54. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.05.031>

Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20

Thierry, A. M., Tassin, J. P., Blanc, G., & GLOWINSKI, J. (1976). Selective activation of the mesocortical DA system by stress. *Nature*, 263(5574), 242.

Thompson, A., Lereya, S. T., Lewis, G., Zammit, S., Fisher, H. L., & Wolke, D. (2015). Childhood sleep disturbance and risk of psychotic experiences at 18: UK birth cohort. *The British Journal of Psychiatry*, bjp-bp.https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.144089

Thompson, E., Kline, E., Ellman, L. M., Mittal, V., Reeves, G. M., & Schiffman, J. (2015). Emotional and behavioral symptomatology reported by help-seeking youth at clinical high-risk for psychosis. *Schizophrenia research*, 162(1), 79-85.https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.01.023

Trotta, A., Murray, R. M., & Fisher, H. L. (2015). The impact of childhood adversity on the persistence of psychotic symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 45(12), 2481-2498.https://doi.org/10.1017/s0033291715000574

Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010). Poly-victimization in a national sample of children and youth. *American journal of preventive medicine*, 38(3), 323-330.

Van der Kolk, B. A. (1987). *Psychological Trauma*, Washington. DC: *American Psychiatric*.

Van der Kolk, B. A. (2007). The history of trauma in psychiatry. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 19–36). New York, NY: The Guilford Press.

Van der Kolk, B. A. (2017). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric annals*, 35(5), 401-408.

Wolke, D., Lereya, S. T., Fisher, H. L., Lewis, G., & Zammit, S. (2014). Bullying in elementary school and psychotic experiences at 18 years: a longitudinal, population-based cohort study. *Psychological medicine*, 44(10), 2199-2211. <https://doi.org/10.1017/s0033291713002912>

World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva; 1992.

Yule, W. (2001). Posttraumatic stress disorder in the general population and in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl. 17), 23–28.

Zammit, S., Hamshere, M., Dwyer, S., Georgiva, L., Timpson, N., Moskvina, V., ... & Owen, M. J. (2013). A population-based study of genetic variation and psychotic experiences in adolescents. *Schizophrenia bulletin*, 40(6), 1254-1262. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt146>

Zammit, S., Kounali, D., Cannon, M., David, A. S., Gunnell, D., Heron, J., ... & Lewis, G. (2013). Psychotic experiences and psychotic disorders at age 18 in relation to psychotic experiences at age 12 in a longitudinal population-based cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 170(7), 742-750. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12060768>

Ziermans, T. (2013). Working memory capacity and psychotic-like experiences in a general population sample of adolescents and young adults. *Frontiers in psychiatry*, 4, 161. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00161>

1. CAPE

1. Αισθάνεσαι καμιά φορά λυπημένος/η ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

2. Νιώθεις καμιά φορά οι άλλοι γύρω σου, σαν να σου πετάνε υπονοούμενα ή, σαν άλλα να λένε, και άλλα να εννοούνε ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

3. Αισθάνεσαι ποτέ ότι είσαι χαρακτήρας που του λείπει η ζωντάνια ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

4. Νιώθεις καμιά φορά, πως δεν έχεις και πολλά να πεις στις κουβέντες σου με άλλους ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

5. Σου φαίνεται καμιά φορά, πως κάποια άρθρα σε περιοδικά ή εκπομπές στην τηλεόραση, σαν να έχουν γίνει ειδικά για να τα δεις εσύ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

6. Νιώθεις καμιά φορά πως μερικοί άνθρωποι σαν να μην είναι αυτό που δείχνουν πως είναι (σαν να προσποιούνται) ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

7. Νιώθεις καμιά φορά πως άλλοι, σαν να σε έχουν "βάλει στο μάτι", σαν να θέλουν το κακό σου ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες "Μερικές φορές", "Συχνά" ή "Σχεδόν πάντα" σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

8. Νιώθεις καμιά φορά πως σημαντικά γεγονότα σε αφήνουν αδιάφορο ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες "Μερικές φορές", "Συχνά" ή "Σχεδόν πάντα" σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

9. Νιώθεις καμιά φορά απαισιόδοξος/η για όλα ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

10. Νιώθεις καμιά φορά σαν να γίνεται συνομωσία απο άλλους εναντίον σου ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

11. Νιώθεις καμιά φορά σαν να είσαι προορισμένος/η να γίνεις πολύ σπουδαίος/α ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

12. Νιώθεις καμιά φορά σαν να μην έχεις κανένα μέλλον ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

13. Νιώθεις καμιά φορά σαν να είσαι ένα άτομο με ασυνήθιστες ικανότητες, που ξεχωρίζει απ’ τους άλλους ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

14. Νιώθεις καμιά φορά σαν να μην θέλεις πια να ζεις ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

15. Νιώθεις καμιά φορά, οι άλλοι γύρω σου, σαν να επικοινωνούν με τηλεπάθεια, σαν να συνεννοούνται χωρίς λόγια;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

16. Νιώθεις καμιά φορά πως δεν ενδιαφέρεσαι να βρίσκεσαι με κόσμο ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

17. Νιώθεις καμιά φορά πως τα ηλεκτρονικά μέσα, όπως για παράδειγμα οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές, σαν να μπορούν να επηρεάσουν τη σκέψη σου ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

18. Νιώθεις καμιά φορά σαν να μην έχεις διάθεση ή κέφι να κάνεις πράγματα ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

19. Κλαις ποτέ χωρίς λόγο ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

20. Πιστεύεις στα μάγια ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

21. Νιώθεις καμιά φορά πως δεν έχεις αρκετή ενέργεια να τα βγάλεις πέρα ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

22. Νιώθεις καμιά φορά πως ο κόσμος, σαν να σε κοιτάει περίεργα, εξαιτίας της εμφάνισής σου ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

23. Νιώθεις καμιά φορά πως το μυαλό σου είναι κενό, σαν να άδειασε από σκέψεις ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

24. Νιώθεις καμιά φορά σαν να σου παίρνουν άλλοι τις σκέψεις απ' το μυαλό σου ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

25. Νιώθεις καμιά φορά πως περνάς όλες τις ημέρες σου, χωρίς να κάνεις τίποτε ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

26. Νιώθεις καμιά φορά πως οι σκέψεις που κάνεις με το μυαλό σου, σαν να μην είναι πραγματικά δικές σου ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

27. Νιώθεις πως τα συναισθήματά σου (π.χ. χαρά, λύπη, θυμός) σαν να μην έχουν τόσο βάθος ή ένταση, όπως συμβαίνει σε άλλους ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

28. Σου έτυχε καμιά φορά να σκέφτεσαι τόσο έντονα, που σου φάνηκε πως οι άλλοι, σαν να μπορούσαν να ακούσουν τι σκέφτεσαι ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

29. Νιώθεις καμιά φορά να σου λείπει ο αυθορμητισμός, η ζωντάνια ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

30. Νιώθεις καμιά φορά σαν να ακούς τον αντίλαλο (την ηχώ) από τις ίδιες σου τις σκέψεις ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

31. Νιώθεις καμιά φορά σαν να σε ελέγχει σε ότι κάνεις, μια δύναμη έξω από σένα ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

32. Νιώθεις καμιά φορά πως τα συναισθήματά σου (π.χ. χαρά, λύπη, θυμός) είναι επιφανειακά, και όχι έντονα ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

33. Νιώθεις καμιά φορά σαν να ακούς φωνές να σου μιλούν, κι’ ας μην υπάρχουν άλλοι γύρω σου ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

34. Νιώθεις καμιά φορά σαν να ακούς φωνές να μιλούν μεταξύ τους, κι’ ας μην υπάρχουν άλλοι γύρω σου ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

35. Νιώθεις καμιά φορά πως παραμελείς την προσωπική σου υγιεινή και εμφάνιση ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

36. Νιώθεις καμιά φορά πως δεν τα βγάζεις πέρα με τις υποχρεώσεις σου;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

37. Νιώθεις καμιά φορά πως έχεις μόνο λίγα ενδιαφέροντα ή “χόμπυ”;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

38. Νιώθεις ποτέ ενοχές ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

39. Νιώθεις καμιά φορά πως είσαι αποτυχημένος/η ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

40. Νιώθεις καμιά φορά τα νεύρα σου τεντωμένα ;

(σημείωσε το τετραγωνάκι)

☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Συχνά ☐ Σχεδόν πάντα

Αν σημείωσες “Μερικές φορές”, “Συχνά” ή “Σχεδόν πάντα” σημείωσε τώρα **πόσο αυτό σε ενοχλεί :**

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ

2. SDQ

Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (SDQ-Hel)

A 11-16

Για κάθε θέμα, σημείωσε αν Δεν Ισχύει, Ισχύει Κάπως ή Ισχύει Σίγουρα. Θα μας βοηθούσε αν απαντούσες σε όλα τα θέματα όσο καλύτερα μπορείς ακόμα και αν δεν είσαι απόλυτα σίγουρος/ή ή το θέμα φαίνεται αστειό! Παρακαλούμε να απαντήσεις βασιζόμενος στο πως ήταν τα πράγματα για εσένα κατά τους τελευταίους έξι μήνες.

Το όνομα σου.....

Αγόρι/Κορίτσι

Ημερομηνία Γέννησης

	Δεν ισχύει	Ισχύει κάπως	Ισχύει σίγουρα
Προσπαθώ να είμαι αρεστός/ή στους άλλους. Νοιάζομαι για τα αισθήματά τους	☐	☐	☐
Είμαι ανήσυχος/ή. Δεν μπορώ να καθίσω ήσυχα για πολλή ώρα	☐	☐	☐
Έχω συχνά πονοκεφάλους, πόνο στο στομάχι ή αδιαθεσία	☐	☐	☐
Συνήθως μοιράζομαι με τους άλλους (φαγητά, παιχνίδια, στυλό κτλ)	☐	☐	☐
Θυμάνω πολύ και συχνά χάνω τη ψυχραιμία μου	☐	☐	☐
Συνήθως είμαι μόνος/η. Γενικά παίζω μόνος/η ή μένω με τον εαυτό μου	☐	☐	☐
Συνήθως κάνω αυτό που μου ζητάνε	☐	☐	☐
Ανησυχώ πολύ	☐	☐	☐
Βοηθώ κάποιον/α που είναι πληγωμένος/η, αναστατωμένος/η ή αισθάνεται άρρωστος/η	☐	☐	☐
Συνεχώς στριφογυρίζω και κουνιέμαι	☐	☐	☐
Έχω ένα/μία ή περισσότερους/ες καλούς/ες φίλους/ες	☐	☐	☐
Μαλώνω πολύ. Μπορώ να αναγκάσω τους άλλους να κάνουν το δικό μου	☐	☐	☐
Αισθάνομαι συχνά δυστυχισμένος/η, αποκαρδιωμένος/η ή κλαίω	☐	☐	☐
Τα άτομα της ηλικίας μου γενικά με συμπαθούν	☐	☐	☐
Είμαι συχνά αφηρημένος/η, δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ	☐	☐	☐
Είμαι νευρικός/ή σε νέες καταστάσεις. Χάνω εύκολα την αυτοπεποίθησή μου	☐	☐	☐
Είμαι καλός/ή με τα μικρότερα παιδιά	☐	☐	☐
Συχνά με κατηγορούν ότι λέω ψέματα ή εξαπατώ	☐	☐	☐
Τα άλλα παιδιά ή οι νέοι/ες με κοροϊδεύουν ή με αγριεύουν	☐	☐	☐
Συχνά προσφέρομαι να βοηθήσω τους άλλους (Γονείς, καθηγητές, παιδιά)	☐	☐	☐
Σκέφτομαι πριν κάνω κάτι	☐	☐	☐
Παίρνω πράγματα που δεν μου ανήκουν από το σπίτι, το σχολείο ή αλλού	☐	☐	☐
Τα πηγαίνω καλύτερα με τους ενήλικες παρά με άτομα της ηλικίας μου	☐	☐	☐
Έχω πολλούς φόβους, τρομάζω εύκολα	☐	☐	☐
Τελειώνω τη δουλειά που κάνω. Η προσοχή μου είναι καλή	☐	☐	☐

Έχεις άλλα σχόλια ή ανησυχίες;

Παρακαλούμε γύρισε σελίδα-υπάρχουν μερικές ερωτήσεις ακόμη

Συνολικά, νομίζετε ότι έχετε δυσκολίες σε μία ή περισσότερες από τις παρακάτω περιοχές:
 συναισθήματα, συγκέντρωση,
 συμπεριφορά ή δυνατότητα να ταπεινάτε καλά με τους άλλους ανθρώπους;

Όχι	Ναι- κάποιες δυσκολίες	Ναι- αρκετές	Ναι- σοβαρές
☐	☐	☐	☐

Εάν έχετε απαντήσει «Ναι», παρακαλούμε να απαντήσετε στις ακόλουθες ερωτήσεις σχετικά με αυτές τις δυσκολίες:

- Από πότε υπάρχουν αυτές οι δυσκολίες;

<1 μήνα	1-5 μήνες	6-12 μήνες	>1 χρόνο
☐	☐	☐	☐

- Αυτές οι δυσκολίες σας ανησυχούν ή σας αναστατώνουν;

Καθόλου Μόνο λίγο Αρκετά Πάρα πολύ

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- Οι δυσκολίες αποτελούν εμπόδιο στη καθημερινή ζωή στις παρακάτω περιοχές;

Καθόλου Μόνο λίγο Αρκετά Πάρα πολύ

ΖΩΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ☐ ☐ ☐ ☐

ΦΙΛΙΕΣ ☐ ☐ ☐ ☐

ΣΧΟΛΙΚΗ ΜΑΘΗΣΗ ☐ ☐ ☐ ☐

ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ ☐ ☐ ☐ ☐

- Οι δυσκολίες ταλαιπωρούν τους ανθρώπους γύρω σας (οικογένεια, φίλοι, καθηγητές κτλ);

Καθόλου Μόνο λίγο Αρκετά Πάρα πολύ

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ

Παρακάτω ακολουθούν ερωτήσεις για διάφορα άσχημα πράγματα που συμβαίνουν σε εφήβους της ηλικίας σου και θα ήθελα να απαντήσεις εάν κάποιο απ' αυτά τα πράγματα έχει συμβεί και σε σένα έστω και για μία φορά. Παρακαλούμε, απάντησε κυκλώνοντας το ΝΑΙ ή το ΟΧΙ για κάθε ερώτηση.

1. Έχεις βρεθεί ποτέ σε κάποιο άσχημο αυτοκινητιστικό ατύχημα, στο οποίο είτε εσύ είτε κάποιος άλλος να τραυματίστηκε;
ΝΑΙ ΟΧΙ
2. Έχεις βρεθεί ποτέ σε άλλου είδους ατύχημα (π.χ. με μοτοσυκλέτα), στο οποίο να τραυματίστηκες;
ΝΑΙ ΟΧΙ
3. Βρέθηκες ποτέ σε καμιά σημαντική πυρκαγιά, από την οποία να προκλήθηκαν σημαντικές ζημιές ή σωματικός τραυματισμός;
ΝΑΙ ΟΧΙ
4. Έχεις βρεθεί ποτέ σε κάποια πλημμύρα ή σεισμό ή ναυάγιο ή κάποια άλλη καταστροφή;
ΝΑΙ ΟΧΙ
5. Έχεις δει ποτέ κάποιον να ληστεύει ή να πυροβολεί κάποιους, να κλέβει κάποιο κατάστημα ή να επιτίθεται σε κάποιον;
ΝΑΙ ΟΧΙ
6. Σου έχει επιτεθεί ποτέ κανείς με στόχο να σε τραυματίσει ή να απειλήσει σοβαρά την σωματική σου ακεραιότητα;
ΝΑΙ ΟΧΙ

7. Έχεις ακούσει κάποια πραγματικά άσχημα νέα χωρίς να το περιμένεις; (Π.χ. να ανακαλύψεις ότι κάποιος ή κάποια που αγαπούσες πέθανε ή αρρώστησε και δεν θα γινόταν ποτέ καλύτερα.)

ΝΑΙ ΟΧΙ

8. Οι γονείς μερικών παιδιών έχουν πολύ άσχημους καβγάδες. Μιλάνε ο ένας στον άλλον με πολύ άσχημα λόγια, πετάνε πράγματα, απειλεί ο ένας ότι θα κάνει κακό στον άλλο, ή πραγματικά μερικές φορές κάνουν κακό ο ένας στον άλλο. Οι γονείς σου, ή οι άνθρωποι που σε φροντίζουν έχουν κάνει ποτέ τέτοιους καβγάδες;

ΝΑΙ ΟΧΙ

9. Όταν οι γονείς σου ή οι άνθρωποι που σε φροντίζουν εξοργίζονται μαζί σου, σε έχουν κτυπήσει ποτέ με αποτέλεσμα να τραυματιστείς ; (π.χ. μελανιές ή και πιο σοβαρός τραυματισμός)

ΝΑΙ ΟΧΙ

10. Σε έχει ακουμπήσει ποτέ κανένας σε απόκρυφα σημεία του σώματός σου ή με τρόπο που δεν θα έπρεπε και σε έκανε να αισθανθείς άσχημα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

11. Σε έχει αναγκάσει ποτέ κανείς να βγάλεις τα ρούχα σου, να σε ακουμπήσει ανάμεσα στα πόδια, ή να τον ακουμπήσεις εσύ ανάμεσα στα πόδια;

ΝΑΙ ΟΧΙ

12. Σου έχει συμβεί ποτέ κάτι άλλο το οποίο ήταν πραγματικά κακό, ή κάτι άλλο που είδες το οποίο ήταν πραγματικά τρομακτικό και θα ήθελες να αναφέρεις; Αν ναι συμπλήρωσέ το παρακάτω.

4. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ

Αγαπητέ έφηβε,

Σε παρακαλώ να δώσεις λίγο χρόνο να απαντήσεις σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου (που είναι ανώνυμο και εμπιστευτικό), στα πλαίσια της διπλωματικής μου έρευνας

1. Ο ΕΑΥΤΟΣ ΜΟΥ

Είμαι κορίτσι ☐ αγόρι ☐

Είμαι χρονών

Πηγαίνω Α' ☐ Β' ☐ Γ' ☐ Γυμνασίου

Ή Α' ☐ Β' ☐ Γ' ☐ Λυκείου

Φοιτώ στοΓυμνάσιο/ Λύκειο

Πόλη

2. Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΜΟΥ

A) Οι άνθρωποι με τους οποίους μένω στο σπίτι είναι:

- ☐ Οι βιολογικοί μου γονείς
- ☐ Μόνο η βιολογική μου μητέρα
- ☐ Η βιολογική μου μητέρα κι ο θετός μου πατέρας (π.χ. σύντροφος της μητέρας)
- ☐ Μόνο ο βιολογικός μου πατέρας
- ☐ Οι ανάδοχοι γονείς μου
- ☐ Ο βιολογικός μου πατέρας κι η θετή μου μητέρα (π.χ. σύντροφος του πατέρα)
- ☐ Με άλλον (ποιόν;).....

B) Επάγγελμα μητέρας (ή αυτού που κατέχει την ιδιότητα της μητέρας)

.....

Γ) Επάγγελμα πατέρα (ή αυτού που κατέχει την ιδιότητα του πατέρα)

.....

Αγαπητέ έφηβε,

Σε παρακαλώ να δώσεις λίγο χρόνο να απαντήσεις σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου (που είναι ανώνυμο και εμπιστευτικό), στα πλαίσια της διπλωματικής μου έρευνας

1. Ο ΕΑΥΤΟΣ ΜΟΥ

Είμαι κορίτσι ☐ αγόρι ☐

Είμαι χρονών

Πηγαίνω Α' ☐ Β' ☐ Γ' ☐ Γυμνασίου

Ή Α' ☐ Β' ☐ Γ' ☐ Λυκείου

Ή Άλλο π.χ. Ειδικό (ποιό)

Φοιτώ στοΓυμνάσιο/ Λύκειο

Πόλη

2. Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΜΟΥ

A) Οι άνθρωποι με τους οποίους έμενα ακριβώς πριν έρθω εδώ είναι:

- ☐ Οι βιολογικοί μου γονείς
- ☐ Μόνο η βιολογική μου μητέρα
- ☐ Η βιολογική μου μητέρα κι ο θετός μου πατέρας (π.χ. σύντροφος της μητέρας)
- ☐ Μόνο ο βιολογικός μου πατέρας
- ☐ Οι ανάδοχοι γονείς μου
- ☐ Ο βιολογικός μου πατέρας κι η θετή μου μητέρα (π.χ. σύντροφος του πατέρα)
- ☐ Με άλλον (ποιόν;).....

B) Σε ποια ηλικία ήρθατε εδώ;

..... χρονών

Γ) Βλέπω τους συγγενείς μου ή τους αναδόχους γονείς μου ακόμα

☐ Ναι ☐ Όχι

Δ) Εδώ μένω με:

- ☐ τα βιολογικά μου αδέρφια και άλλα παιδιά
- ☐ με άλλα παιδιά
- ☐ Με άλλον (ποιόν;).....