



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ
Α' ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ- ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ κ. ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΣΤΕΦΑΝΗΣ**

**Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΞΕΩΝ ΨΥΧΟΤΡΑΥΜΑΤΙΚΩΝ
ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ
ΠΡΩΤΟΥ ΨΥΧΩΣΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ**

**ΙΩΑΝΝΗΣ Κ. ΚΩΣΤΕΛΕΤΟΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ 2023

ΗΜ/ΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ: 26/4/2017

ΗΜ/ΝΙΑ ΟΡΙΣΜΟΥ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ: 30/6/2017

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Νικόλαος Στεφανής, Καθηγητής Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
(επιβλέπων καθηγητής)

Κωνσταντίνος Κόλλιας, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών

Δημήτριος Αναγνωστόπουλος, Ομότιμος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής
του Πανεπιστημίου Αθηνών

ΗΜ/ΝΙΑ ΟΡΙΣΜΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ: 15/12/2017

ΗΜ/ΝΙΑ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ: 26/10/2023

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ:

Καθηγητής Δημήτριος Αρκαδόπουλος

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Δημήτριος Αναγνωστόπουλος, Ομότιμος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής
του Πανεπιστημίου Αθηνών

Νικόλαος Στεφανής, Καθηγητής Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου
Αθηνών

Αργύρης Στριγγάρης, Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου
Αθηνών

Κωνσταντίνος Κόλλιας, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών

Ηλίας Τζαβέλλας, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών

Μαρίνος Κυριακόπουλος Επίκουρος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών

Αλέξανδρος Χατζημανώλης Επίκουρος Καθηγητής Βιολογίας της Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών

ΒΑΘΜΟΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ: ΑΡΙΣΤΑ

Η έγκριση διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα (Ν.5343/1932, άρθρο 202)

ΟΡΚΟΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ

Ὅμνυμι Ἀπόλλωνα ἰητρὸν, καὶ Ἀσκληπιὸν, καὶ Ὑγίαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, ἴστορας ποιούμενος, ἐπιτελέα ποιήσιν κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμήν ὄρκον τόνδε καὶ συγγραφὴν τήνδε.

Ἠγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρῆζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ υἱτέου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄρῃεσι, καὶ διδάξειν τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρῆζωσι μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ συγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσί τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοισί τε καὶ ὠρκισμένοις νόμῳ ἰητρικῷ, ἄλλω δὲ οὐδενί.

Διαιτήμασί τε χρῆσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμήν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἴρξιν.

Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑψηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε. Ὅμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἀγνώως δὲ καὶ ὀσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμήν.

Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε.

Ἐς οἰκίας δὲ ὀκόσας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καὶ φθορίας, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπὶ τε γυναικείων σωμάτων καὶ ἀνδρώων, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων.

Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπήης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄρῃετα ἡγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα.

Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι, καὶ μὴ συγχέοντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον. παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιορκοῦντι, τάναντία τουτέων.

Στην ιερή μνήμη του πατέρα μου Κωνσταντίνου,

στην μητέρα μου Ελένη, στον αδερφό μου Ανδρέα,

στη σύζυγό μου Αγάπη,

στα παιδιά μου Ελένη-Μαρία, Κωνσταντίνο και Φώτη.

‘Αίτεϊτε, καὶ δοθήσεται ὑμῖν, ζητεῖτε, καὶ εὐρήσετε, κρούετε, καὶ ἀνοιγήσεται ὑμῖν’

Λουκ.11.9

Η πλάνη δεν είναι τύφλωση, η πλάνη είναι ανανδρία

Φ.Νίτσε

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Γεννήθηκα στην Αθήνα το 1969, τελείωσα το Βαρβάκειο Λύκειο και αποφοίτησα από την Ιατρική Σχολή του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης το 1996. Υπηρέτησα στο Περιφερειακό Ιατρείο Λεβαΐας Φλώρινας ως αγροτικός ιατρός. Στα πλαίσια της ειδικότητας εργάστηκα στην παθολογική κλινική του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, στην Γ΄ Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης στο Νοσοκομείο Παπανικολάου, στην Ψυχιατρική Κλινική του 251 Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας και στην Α΄ Ψυχιατρική Κλινική του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Έλαβα τον τίτλο ειδικότητας της Ψυχιατρικής το 2005. Εργάζομαι στον ιδιωτικό τομέα ως επιμελητής στην ψυχιατρική κλινική «Κασταλία» και διατηρώ ιδιωτικό ιατρείο. Από το 2013 είμαι επιστημονικός συνεργάτης στην Α Ψυχιατρική κλινική του ΕΚΠΑ στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο λαμβάνοντας μέρος στα ερευνητικά πρωτόκολλα των μελετών EULAST και Athens FEP Study. Η έρευνα μου εστιάζεται στην πρώιμη παρέμβαση στην ψύχωση και πιο συγκεκριμένα στην πρόληψη των περιβαλλοντικών παραγόντων οι οποίοι συμμετέχουν στην εκδήλωση ενός πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου. Έχω συμμετάσχει σε ελληνικά και διεθνή συνέδρια καθώς και σε μία σειρά δημοσιευμένων εργασιών που σχετίζονται με την πρώιμη παρέμβαση στην ψύχωση. Από το 2020 έως το 2022 επιμελήθηκα την εισήγηση των «Αντίξων Ψυχοτραυματικών Εμπειριών της Παιδικής Ηλικίας ως περιβαλλοντικού παράγοντα κινδύνου στην ψύχωση» στο ετήσιο μεταπτυχιακό σεμινάριο για την Έγκαιρη παρέμβαση στη ψύχωση. Είμαι παντρεμένος από το 1997 με τη φιλόλογο Αγάπη Καμινιώτη και έχω τρία παιδιά τη δικηγόρο Ελένη Μαρία, τον τελειόφοιτο βιοτεχνολογίας Κωνσταντίνο και το μαθητή λυκείου Φώτη. Πέρα από την επαγγελματική μου απασχόληση έχω ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ιστορία και την τέχνη της Ρωμαϊκής και Βυζαντινής περιόδου.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΑ

Η διεκπεραίωση της παρούσας διδακτορικής διατριβής, πέρα από οποιαδήποτε προσωπική επιθυμία, μελέτη, εργασία και προσπάθεια, θα ήταν αδύνατη αν δεν υπήρχε έμπνευση, φωτισμένη καθοδήγηση, ενθάρρυνση και συναδελφικό πνεύμα. Επομένως, είναι ιδιαίτερα θερμό το πρώτο μου ευχαριστώ στον καθηγητή κ. Νικόλαο Στεφανή, ο οποίος με ενέπνευσε στις ερευνητικές μου αναζητήσεις, με εμπιστεύτηκε, με καθοδήγησε σταθερά και με ενθάρρυνε στην μακρά και επίπονη προσπάθειά μου. Επιπρόσθετα, θα ήθελα να τον ευχαριστήσω για το κλίμα συναδελφικότητας, σεβασμού και αρμονίας που ενέπνευσε στα μέλη της ερευνητικής ομάδας μελέτης του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου (Athens FEP Study) στην οποία συμμετείχα και η οποία συνέλεξε τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα μου.

Ευχαριστώ τον Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής κ. Κωνσταντίνο Κόλλια, ο οποίος από τα πολύ αρχικά στάδια της διατριβής μου ήταν στο πλευρό μου, συνδυάζοντας το ευήκοον ους στις σκέψεις και υποθέσεις μου με την σταθερή επιμονή στην επιστημονικά ορθή καταγραφή τους.

Ευχαριστώ τον Ομότιμο καθηγητή Παιδοψυχιατρικής κ. Δημήτριο Αναγνωστόπουλο για τις εξαιρετικά χρήσιμες συζητήσεις τις οποίες είχαμε σε σχέση με τις προόδους της διατριβής μου, τις συμβουλές και την ενθάρρυνση του.

Ευχαριστώ τον Επίκουρο Καθηγητή Βιολογίας κ. Αλέξανδρο Χατζημανώλη για την βοήθειά του στις στατιστικές αναλύσεις και τις ατελείωτες ώρες συζητήσεων πάνω στα αποτελέσματά τους.

Ιδιαίτερο ευχαριστώ σε όλη την ερευνητική ομάδα του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου (Athens FEP Study), στην οποία είχα την ευτυχία να συμμετέχω και με τα μέλη της οποίας μετά από τα χρόνια συνεργασίας είμαστε πια αγαπημένοι φίλοι.

Ευχαριστώ διπλά τη φιλόλογο Αγάπη Καμινιώτη μία για την επιμέλεια των κειμένων της διατριβής και μία για την συμπαράσταση και ενθάρρυνση, την οποία ως σύζυγός μου παρέχει ανεπιφύλακτα στην ερευνητική μου προσπάθεια όλα αυτά τα χρόνια.

Ευχαριστώ το διδάκτορα Κοινωνιολογίας Βάιο Καμινιώτη για τις συζητήσεις και την συμπαράστασή του.

Ευχαριστώ τα παιδιά μου Ελένη-Μαρία, Κωνσταντίνο και Φώτη για την κατανόησή τους.

Τέλος ευχαριστώ ολόψυχα την μητέρα μου Ελένη Κωστελέτου, η οποία ανέλαβε την ευθύνη της ανατροφής και των σπουδών μου μόνη της μετά τον πολύ πρόωρο θάνατο του πατέρα μου και συνεχίζει να μου συμπαρίσταται σε κάθε μου προσπάθεια.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Όρκος του Ιπποκράτη.....	3
Βιογραφικό σημείωμα.....	5
Ευχαριστήρια.....	6

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1 Εισαγωγή.....	11
1.2 Ορισμοί.....	13
1.2.1 Πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο.....	13
1.2.2 Αντίξοες ψυχοτραυματικές εμπειρίες παιδικής ηλικίας.....	16
1.3. Αντίξοες Ψυχοτραυματικές Εμπειρίες Παιδικής Ηλικίας και ψυχοπαθολογία. Ψυχολογικές θεωρίες.....	19
1.3.1. Ψυχαναλυτική προσέγγιση.....	19
1.3.2. Γνωσιακή-Συμπεριφορική Προσέγγιση.....	23
1.3.3. Συστημική προσέγγιση.....	27
1.4. Αντίξοη Ψυχοτραυματική Εμπειρία, P.T.S.D. και Ψύχωση.....	30
1.5. Κοινωνικό Στρες και Αντίξοες Ψυχοτραυματικές Εμπειρίες Παιδικής Ηλικίας.....	32
1.6. Αιτιολογική σχέση ΑΨΕΠΗ και ψύχωσης.....	34
1.6.1. Η σχέση των ΑΨΕΠΗ με την ψυχωσική συμπτωμάτολογία.....	36
1.6.2. Η σχέση των ΑΨΕΠΗ με τις νοητικές λειτουργίες.....	38
1.6.3. Η σχέση των ΑΨΕΠΗ με την προνοσηρή ικανότητα προσαρμογής.....	42
1.6.4. ΑΨΕΠΗ και γενετικός παράγοντας κινδύνου για ψύχωση.....	44
1.6.5. Παράγοντες διαμεσολάβησης μεταξύ ΑΨΕΠΗ και εκδήλωσης πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου.....	45
1.7.Νοητικά μοντέλα και ντοπαμινεργική υπόθεση.....	48
1.8. Σκοπός της διατριβής.....	50

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2. Συμμετέχοντες και μέθοδοι.....	52
2.1. Κλινικό δείγμα ασθενών. Η μελέτη “Athens FEP study”.....	52
2.2. Ψυχομετρικά εργαλεία αξιολόγησης των ΑΨΕΠΗ.....	54
2.3. Κλινική αξιολόγηση των ψυχωσικών συμπτωμάτων.....	56
2.4. Κλινική αξιολόγηση της ικανότητας προσαρμογής πριν την εκδήλωση της νόσου.....	57

2.5. Εκτίμηση του Οικογενειακού Ιστορικού Ψύχωσης.....	59
2.6. Κλινική Αξιολόγηση των Νοητικών λειτουργιών.....	60
2.6.1. Κλινική αξιολόγηση της προκατάληψης σε βεβιασμένα συμπεράσματα.....	60
2.6.2. Κλινική αξιολόγηση της ικανότητας αναγνώρισης συναισθημάτων.....	61
2.6.3. Κλινική αξιολόγηση της οπτικής ρητής μνήμης	61
2.6.4. Κλινική αξιολόγηση της εστιασμένης προσοχής.....	62
2.6.5 Νοητικές λειτουργίες που συμμετέχουν στην αξιολόγηση της νοημοσύνης.....	62
2.7. Κλινική αξιολόγηση νοητικών σχημάτων για εαυτό και άλλους.....	63
2.8. Κλινική αξιολόγηση της κατάθλιψης.....	64
2.9. Στατιστική ανάλυση.....	65
3.Αποτελέσματα.....	67
3.1. Περιγραφή δείγματος.....	67
3.2. Έλεγχος Α υπόθεσης.....	72
3.3. Έλεγχος Β υπόθεσης.....	79
3.4. Έλεγχος Γ υπόθεσης.....	82
3.4.1. Αναλύσεις με τον παράγοντα Προκατάληψη σε βεβιασμένα συμπεράσματα με εργαλείο εκτίμησης το Beads test.....	82
3.4.2. Αναλύσεις με εργαλείο εκτίμησης Αναγνώρισης Συναισθημάτων το DFAR.....	85
3.4.3. Ανάλυση με την ικανότητα αναγνώρισης προσώπων με εργαλείο το Benton test.....	88
3.4.4. Ανάλυση με την εστιασμένη προσοχή με εργαλείο εκτίμησης το CPT.....	89
3.4.5. Αναλύσεις με τις νοητικές λειτουργίες όπως αξιολογούνται με το WAIS IV-G.....	90
3.5. Έλεγχος Δ υπόθεσης	
3.5.1. Ανάλυση με την Κατάθλιψη όπως αυτή αξιολογείται από την αντίστοιχη διάσταση της SCL90.....	93
3.5.2. Αναλύσεις με τα Νοητικά Σχήματα για Εαυτό και Άλλους όπως αξιολογούνται από την BCSS.....	94
3.5.3. Αναλύσεις διαμεσολάβησης. 3.5.3.1. Νοητικά σχήματα	97
3.5.3.2. Κατάθλιψη.....	104
4.Συζήτηση των αποτελεσμάτων.....	112
4.1. Αριθμός και ποσοστά των ασθενών με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο και ιστορικό ΑΨΕΠΗ. Αναλογίες ανδρών και γυναικών.....	112
4.2. Συζήτηση της σχέσης των ΑΨΕΠΗ με την ψυχωσική συμπτωματολογία.....	115
4.3. Συζήτηση της σχέσης των ΑΨΕΠΗ με το οικογενειακό ιστορικό και την ικανότητα	

προσαρμογής.....	120
4.4. Συζήτηση της σχέσης των ΑΨΕΠΗ με τις νοητικές λειτουργίες	
4.4.1. Ο παράγοντας <i>Jumping to Conclusions</i>	123
4.4.2. Συζήτηση της σχέσης των ΑΨΕΠΗ με την ικανότητα αναγνώρισης συναισθημάτων.....	124
4.4.3. Συζήτηση της σχέσης των ΑΨΕΠΗ με την οπτική ρητή μνήμη.....	125
4.4.4. Συζήτηση της σχέσης των ΑΨΕΠΗ με την εστιασμένη προσοχή.....	126
4.4.5. Συζήτηση της σχέσης των ΑΨΕΠΗ με τις νοητικές λειτουργίες όπως αξιολογούνται από το WAIS.....	127
4.5. Συζήτηση των νοητικών σχηματων για εαυτό και άλλους στους ασθενείς με FEP και ιστορικό ΑΨΕΠΗ.....	128
4.6. Συζήτηση της κατάθλιψης στα άτομα με FEP και ιστορικό ΑΨΕΠΗ.....	130
5.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	136
Περίληψη Διδακτορικής διατριβής.....	140
Dissertation Abstract.....	145
BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	149

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.Εισαγωγή

Η σχιζοφρένεια και οι συναφείς με αυτή ψυχωσικές διαταραχές είναι συχνές και σοβαρές ψυχικές διαταραχές με επιπολασμό ο οποίος, ανάλογα με τη μελέτη, ξεκινάει από 1% για την κλασική μορφή της νόσου⁽¹⁾ και φτάνει έως και 3,5%⁽²⁾ για τις διαταραχές του ευρύτερου ψυχωτικού φάσματος,⁽³⁾ ενώ περιλαμβάνεται μεταξύ των πρώτων δέκα ή έντεκα αιτιών μεγαλύτερης επιβάρυνσης της υγείας.⁽¹⁾⁽⁴⁾ Η επίπτωση της νόσου, ανάλογα με τη μελέτη, ποικίλλει από 10-60/100.000 κατοίκους,⁽⁵⁾ ενώ στην Ελλάδα πρόσφατη μελέτη βρήκε επίπτωση 30/100.000 κατοίκους, που σημαίνει 3.600 πρώτα ψυχωσικά επεισόδια στην Ελλάδα κάθε χρόνο.⁽⁶⁾ Τα αντιψυχωσικά φάρμακα εξακολουθούν να είναι η πρώτη θεραπευτική επιλογή και είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των θετικών συμπτωμάτων της ψύχωσης και στη μείωση του κινδύνου των υποτροπών. Ωστόσο, δεν κατάφεραν να βοηθήσουν στα συμπτώματα κοινωνικής απόσυρσης, άγχους, κατάθλιψης, στα νοητικά και λειτουργικά ελλείμματα των ψυχωσικών ασθενών και επιπλέον έχουν ενοχλητικές ανεπιθύμητες ενέργειες.⁽⁷⁾ Δυστυχώς, η πρόοδος στην ανάπτυξη εναλλακτικών φαρμακευτικών θεραπευτικών στρατηγικών είναι μικρή, δεδομένου του ότι τα σύγχρονα αντιψυχωσικά φάρμακα χρησιμοποιούν ουσιαστικά τους ίδιους μηχανισμούς με αυτά που ανακαλύφθηκαν την δεκαετία του 50.⁽⁸⁾ Οι περιορισμένες επιλογές στη θεραπεία των διαταραχών του ψυχωσικού φάσματος έχουν φέρει στο προσκήνιο τη σπουδαιότητα της καλύτερης κατανόησης της παθογένεσης των διαταραχών αυτών.⁽⁹⁾ Οι βιολογικές έρευνες μετά τη μεγάλη πρόοδο στη νευροαπεικόνιση και στη νευροβιολογία κορυφώθηκαν με τη συνεχή τεχνολογική εξέλιξη και τη δυνατότητα μοριακής ανάλυσης του ανθρώπινου γονιδιώματος. Αλλά παρά την καθοριστική συμβολή τους στην τεκμηρίωση της επίδρασης των γενετικών και άλλων βιολογικών επιρροών στην αιτιοπαθογένεια του φάσματος των ψυχωτικών διαταραχών,⁽¹⁰⁾ στη μελέτη της φαρμακευτικής ανταπόκρισης⁽¹¹⁾ και των

ανεπιθύμητων ενεργειών,⁽¹²⁾ τα αποτελέσματα τους δεν ανταποκρίθηκαν στις αρχικές προσδοκίες των ερευνητών.⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾ Από την άλλη πλευρά, επιδημιολογικές έρευνες πολλών δεκαετιών έχουν παρουσιάσει τις συσχετίσεις περιβαλλοντικών παραγόντων με την ψύχωση⁽¹⁵⁾ και οι νέες προκλήσεις στην απαρτίωση ενός αιτοπαθογενετικού μοντέλου εμπλέκουν την αλληλεπίδραση του βιολογικού-γενετικού με έναν ή περισσότερους μεταβλητούς περιβαλλοντικούς παράγοντες.⁽³⁾ Από το σύνολο των περιβαλλοντικών παραγόντων, ιδιαίτερα σημαντικός φαίνεται να είναι η ύπαρξη αντίξων ψυχοτραυματικών εμπειριών στη ζωή των ασθενών, όπως σωματική, συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση, παραμέληση και απώλεια γονέων (πίνακας 1).

Πίνακας 1. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου για ψύχωση: λόγοι σχετικών πιθανοτήτων, ορισμοί και βιβλιογραφία.⁽¹⁶⁾

Περιβαλλοντικός Παράγοντας Κινδύνου	Odds Ratio	Log odd ratio	Αναφορές	Ορισμοί
Γέννηση Άνοιξη ή Χειμώνα	1,07	0,068	Davis et al 2003	Ημερομηνία γέννησης μεταξύ χειμερινού και καλοκαιρινού ηλιοστασίου.
Αστικό Περιβάλλον Ανατροφής	1,72	0,54	Krabbendam & van Os, 2005	Πυκνότητα πληθυσμού μεγαλύτερη 1000 κατοίκων ανά μίλι ² στην κατοικία της παιδικής ηλικίας
Κατάχρηση Κάνναβης	1,75	0,56	Kraan et al 2016	Οποιαδήποτε χρήση κάνναβης κατά την εξέλιξη της μελέτης
Προχωρημένη ηλικία γονέων (35-55 ετών)	1,28	0,25	Torrey et al 2009	Ηλικία γονέων >35 και <55
Προχωρημένη ηλικία γονέων > 55 ετών	2,22	0,80	Torrey et al 2009	Ηλικία γονέων>55
Μαιευτικές &	2,00	0,69	Ceddes & Lawrie 1995	Οποιαδήποτε

Περιγεννητικές επιπλοκές				περιγεννητική επιπλοκή
Σωματική Κακοποίηση	2,95	1,08	Varese et al 2012	Σωματική Κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία
Σεξουαλική Κακοποίηση	2,38	0,87	Varese et al 2012	Σεξουαλική Κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία
Παραμέληση	2,90	1,06	Varese et al 2012	Παραμέληση φυσικών και συναισθηματικών αναγκών κατά την παιδική ηλικία
Θάνατος γονέα	1,70	0,53	Varese et al 2012	Θάνατος/Απώλεια γονέα. Συνδυαζόμενες μεταβλητές που περιλαμβάνουν και αποχωρισμό από γονείς μεγαλύτερο των 6 μηνών

1.2. Ορισμοί

1.2.1. Πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο (First-episode psychosis, FEP)

Με τον όρο πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο (first episode psychosis, FEP) περιγράφεται η πρώτη εκδήλωση της ψυχωτικής νόσου, ώστε να ξεκινήσει το ταχύτερο δυνατό η κατάλληλη θεραπεία για αυτήν και βρίσκεται σε αναλογία με την περιγραφή του πρώτου επεισοδίου μιας οποιασδήποτε νόσου. Εναλλακτικά, έχει προταθεί από ορισμένους ερευνητές, οι οποίοι δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στην διάρκεια της ψύχωσης και μικρότερη στον επεισοδιακό της χαρακτήρα, ο όρος ψύχωση πρόσφατης έναρξης (recent onset psychosis).⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ Από ερευνητική άποψη, η μελέτη του FEP συνιστά μία πρόκληση στη διερεύνηση των βιοψυχοκοινωνικών παραγόντων που συνοδεύουν την εκδήλωση του και τη λειτουργική έκπτωση που αυτό προκαλεί. Κλινικά, η προοπτική διάγνωσης των συμπτωμάτων και θεραπείας τους το γρηγορότερο δυνατό στην πορεία της νόσου, ενδεχομένως να αυξάνει πολύ τις πιθανότητες μείωσης της έντασης ή ακόμα και πρόληψης των συμπτωμάτων που ραγδαία εμφανίζονται και εξελίσσονται τα πρώτα χρόνια της ψυχωτικής νόσου.⁽¹⁸⁾

Επιπλέον, η γνώση και η εκπαίδευση πάνω σε ένα ιατρικό πρόβλημα, το οποίο εξακολουθεί να συνοδεύεται με αρνητικές στάσεις και στερεότυπα στην κοινότητα, όπως αυτό της έναρξης μιας σοβαρής ψυχικής διαταραχής, θα μπορούσε να βοηθήσει στον αποστιγματισμό των ατόμων με ψύχωση και έτσι στην καλύτερη αποκατάστασή τους.⁽¹⁹⁾ Οι Breiborde και συν.⁽¹⁸⁾ ανασκοπώντας την βιβλιογραφία, σχετικά με το πώς οι μελέτες FEP έχουν ορίσει τα κριτήρια για το δείγμα του πληθυσμού που εισέρχεται στην μελέτη, διακρίνουν ότι οι επιμέρους αυτοί 'ερευνητικοί ορισμοί' (operational definitions) εμπίπτουν σε τρεις κατηγορίες: Τον ορισμό με βάση την 'πρώτη επαφή για θεραπεία', τον ορισμό με βάση τη 'διάρκεια της αντιψυχωσικής θεραπείας' και τον ορισμό με βάση τη 'διάρκεια της ψύχωσης'.

Οι πρώτες μελέτες του FEP έχουν στηριχτεί στον ορισμό με βάση την 'πρώτη επαφή για θεραπεία', αλλά ακόμα και πρόσφατα πολλές μελέτες τον έχουν χρησιμοποιήσει. Σύμφωνα με αυτόν, ορίζεται ότι πάσχει από FEP το άτομο που παρουσιάζεται για πρώτη φορά στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας με ψύχωση και που ποτέ στο παρελθόν δεν είχε απευθυνθεί σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας για αυτόν το λόγο. Η προσέγγιση αυτή είναι σχετικά εύκολη στην κατανόηση και την αξιόπιστη εφαρμογή και προτείνει με διδακτικό και εύχρηστο τρόπο την οργάνωση κλινικής φροντίδας με κέντρο μια πραγματική ανάγκη παροχής υπηρεσιών. Η διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (Duration of Untreated Psychosis, DUP) είναι ο χρόνος μεταξύ της έναρξης της ψύχωσης και της λήψης επαρκούς θεραπείας. Οι επιφυλάξεις στην προσέγγιση της 'πρώτης επαφής για θεραπεία' συνοψίζονται, στο ότι συχνά τα άτομα με ψύχωση δεν εμφανίζονται στις υπηρεσίες αμέσως μετά την έναρξη των συμπτωμάτων, ενώ μελέτες δείχνουν ότι η μέση διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης μπορεί να είναι έως και δύο χρόνια.⁽²⁰⁾ Επιπλέον, η 'πρώτη επαφή' συχνά δεν είναι η πρώτη προσπάθεια του ψυχωσικού ατόμου να βρει θεραπεία, καθώς έρευνες αναφέρουν έως και πέντε προσπάθειες ασθενών να απευθυνθούν σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, πριν την εμπλοκή τους με κατάλληλη υπηρεσία για άτομα με FEP.⁽²¹⁻²²⁾

Η δεύτερη προσέγγιση βασίστηκε στη διάρκεια της χρήσης αντιψυχωσικής φαρμακευτικής αγωγής. Λαμβάνοντας υπ' όψιν τις αναφορές ερευνητών, σύμφωνα με τις οποίες η DUP έχει συσχετιστεί αρνητικά με την απάντηση στη θεραπεία, η μείωση της DUP είναι πλέον ένας από τους πρωτεύοντες στόχους θεραπείας στα FEP. Επομένως, σε προγράμματα FEP θεωρήθηκε ως κριτήριο εισόδου στις μελέτες τα άτομα να μην έχουν λάβει την κατάλληλη θεραπεία έτσι ώστε να σταματήσει η DUP. Ως κατάλληλη θεραπεία ορίζεται η λήψη επαρκούς φαρμακευτικής αγωγής για επαρκές χρονικό διάστημα. Ο ορισμός που βασίζεται στη διάρκεια της αντιψυχωσικής θεραπείας δίνει ένα σαφές και αντικειμενικό κριτήριο σε κλινικούς λειτουργούς ψυχικής υγείας και ερευνητές και γι' αυτό πιθανόν εφαρμόστηκε σε μεγάλες κλινικές έρευνες.⁽²³⁾ Ωστόσο, με βάση αυτόν τον ορισμό, θα μπορούσε να προσδιοριστεί ως άτομο με FEP, άτομο που δεν έχει λάβει ποτέ φαρμακευτική αγωγή, ακόμα και αν υπέφερε από ψυχωσικά συμπτώματα για χρόνια. Η αυξανόμενη χορήγηση αντιψυχωσικών φαρμάκων για μη ψυχωτικές διαταραχές σε παιδιά, εφήβους, αλλά και σε ενήλικες, εγείρουν επιπλέον ερωτήματα όσον αφορά στη χρησιμότητα της διάρκειας χρήσης αντιψυχωσικής αγωγής στον ορισμό του FEP.⁽²⁴⁻²⁵⁾ Άλλη μια αιτία κριτικής στην προσέγγιση αυτή έγινε με δεδομένες τις σημαντικές διαφοροποιήσεις των ερευνητών ως προς τον χρόνο της επαρκούς φαρμακευτικής αγωγής και μάλιστα χωρίς να δίνονται επαρκώς εξηγήσεις για τις τιμές στο χρόνο που έχει επιλεγεί. Έτσι, είναι πολύ πιθανό να υποβαθμίζεται η ικανότητα απαρτίωσης των ευρημάτων μεταξύ ακόμα και μελετών που χρησιμοποιούν αυτόν τον ίδιο ορισμό.⁽¹⁸⁾ Επομένως, και αυτός ο ορισμός των ατόμων με FEP με βάση τη 'διάρκεια θεραπείας', όπως και αυτός της 'πρώτης επαφής' έχει υποστεί κριτική ως συντηρητικός, λόγω της πιθανής συμπερίληψης ατόμων που, ενώ θεωρούνται ότι είναι στην αρχή της πορείας μιας ψυχωτικής διαταραχής, πιθανόν να πάσχουν από ψυχωσικά συμπτώματα για ένα χρόνο ή και περισσότερο.⁽¹⁸⁾⁽²⁶⁾

Σύμφωνα με την τρίτη προσέγγιση ορίζεται ότι τα άτομα που θα χαρακτηριστούν ότι έχουν πάθει FEP πρέπει να έχουν ψυχωσικά συμπτώματα για λιγότερο από μια προκαθορισμένη

χρονική περίοδο. Ο ορισμός αυτός έχει χρησιμοποιηθεί λιγότερο από τους άλλους και στοχεύει κατευθείαν στην ανίχνευση ατόμων με FEP, τα οποία βρίσκονται νωρίς στην πορεία της νόσου. Τα προγράμματα FEP που βασίζονται σε αυτή την προσέγγιση⁽²⁷⁾ αποκλείουν από τη μελέτη τους, εκτός από τους χρόνιους ψυχωσικούς ασθενείς, και αυτούς που προσέρχονται αργά στην 'πρώτη επαφή, και μάλλον θα τους συμπεριλάμβαναν μελέτες που έχουν βασιστεί στις προηγούμενες δύο προσεγγίσεις. Από την άλλη, συμπεριλαμβάνει αυτούς που για μεγάλο διάστημα, με τα κριτήρια της δεύτερης προσέγγισης, λαμβάνουν αντιψυχωσική φαρμακευτική αγωγή, αλλά είναι σε αρχικό σημείο της πορείας της ψύχωσης και μάλλον δεν θα τους είχαν συμπεριλάβει μελέτες που ακολουθούν την δεύτερη προσέγγιση, αυτή της 'επαρκούς χρήσης φαρμακευτικής αγωγής'. Ο τελευταίος ορισμός έχει το συγκριτικό πλεονέκτημα ότι πιέζει τα προγράμματα FEP να ανιχνεύσουν πόσο γρήγορα μετά την εγκατάσταση της νόσου οι ασθενείς είναι σε θέση να εισέλθουν σε πορεία ολοκληρωμένης φροντίδας, ώστε να μελετηθεί έγκυρα ποιες υποομάδες πιθανόν να έχουν κοινά χαρακτηριστικά σε σχέση με τις ανάγκες φροντίδας τους.⁽¹⁸⁾

Από τις παραπάνω περιγραφές των ορισμών είναι εμφανείς οι διαφορετικές προσεγγίσεις των ερευνητών στον ορισμό των ατόμων με FEP που εισέρχονται στις μελέτες. Ωστόσο, είναι κοινός τόπος η έμφαση που δίνεται στην ταχύτερη δυνατή επαφή των ατόμων με προγράμματα FEP, η συστηματική καταγραφή και αξιολόγηση τους, η ταχύτερη δυνατή έναρξη θεραπείας και η συνεχής αξιολόγησή της επάρκειας της θεραπείας αυτής σε σχέση με τα θεραπευτικά αποτελέσματα.

1.2.2. Αντίξοες Ψυχοτραυματικές Εμπειρίες Παιδικής Ηλικίας

Τραύμα (trauma, injury) στη χειρουργική ορίζεται κλασσικά το σύνολο των βλαβών των ιστών που προκαλούνται ακαριαία κατά τη στιγμή του ατυχήματος από διάφορες μορφές μηχανικών παραγόντων, όταν αυτοί υπερβούν τη φυσική αντοχή των ιστών και των

οργάνων,⁽²⁸⁾ ενώ σήμερα δεχόμαστε ότι τραύμα είναι η κάθε βίαιη καταστροφή ιστών, εσωτερική ή εξωτερική, ανεξάρτητα από το αίτιο που την προκάλεσε.⁽²⁹⁾ Κατά αναλογία, το ψυχικό τραύμα θα μπορούσε να οριστεί ως μία πολύ δύσκολη ή/και δυσάρεστη εμπειρία, που προκαλεί σε κάποιο άτομο ψυχικά και συναισθηματικά προβλήματα, τα οποία κρατούν συνήθως πολύ καιρό, όπου η εμπειρία αυτή αποτέλεσε για το άτομο απειλή για τη ζωή, τη σωματική ακεραιότητα και γενικά την υγεία του και έχει ξεπεραστεί η ικανότητα του να την αντιμετωπίσει και να την απαρτιώσει.⁽³⁰⁾ Το DSM-IV ορίζει ως ψυχικό τραύμα αυτό που προκύπτει από γεγονός σοβαρό, ατυχές, κακό, αναπάντεχο, το οποίο έπαθε ή στο οποίο ήταν μάρτυρας το άτομο, και αυτό που έπαθε ή ήταν μάρτυρας, ήταν απειλητικό για τη ζωή, τη φυσική ακεραιότητα του ίδιου ή των άλλων. Τέτοιες εμπειρίες συχνά συνοδεύονται με έντονο φόβο, φρίκη και αίσθημα αβοήθητου.⁽³¹⁾



Η αντίξοχη ψυχοτραυματική εμπειρία (ΑΨΕ), λαμβάνοντας υπόψη και τα παραπάνω, είναι η εμπειρία ενός ή περισσότερων πολύ δυσάρεστων γεγονότων, όπως γονεϊκή απώλεια, κακοποίηση ή παραμέληση των αναγκών του ατόμου, η οποία έχει ως αποτέλεσμα τη θυματοποίησή του.⁽³²⁾ Οι επιπτώσεις των ΑΨΕ στην κοινωνία, αλλά και στο ίδιο το άτομο, έχουν μελετηθεί τόσο σε περίοδο πολέμου και μαζικών καταστροφών όσο και σε περιόδους ειρήνης. Πρόκειται για ένα συχνό φαινόμενο στο γενικό πληθυσμό, με μελέτες να ανεβάζουν τη συχνότητά του σε ποσοστά της τάξης του 33%,⁽³³⁾ ενώ τα τελευταία χρόνια μελέτες που συμπεριλαμβάνουν τον εκφοβισμό (bullying) ανεβάζουν το ποσοστό ακόμα και 50% ή και περισσότερο.⁽³⁴⁾ Η σοβαρή ή επαναλαμβανόμενη έκθεση σε ΑΨΕ συσχετίστηκε με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.⁽³⁵⁾ Επί πλέον συσχετίστηκε με επιθετικότητα, παραβατικότητα και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά,⁽³⁶⁻³⁷⁾ σεξουαλική ασυδοσία,⁽³⁸⁾ αποσυνδεδετικά συμπτώματα, αύξηση των νοσηλειών και πρώτη νοσηλεία σε μικρότερες ηλικίες για ψυχιατρικούς λόγους⁽³⁹⁾ και γενικά πτωχή επίδοση σε εργασία,⁽⁴⁰⁾ πτωχή ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα,⁽⁴¹⁾ χαμηλή υγεία και χαμηλή ποιότητα ζωής.^(36,38-41) Το ιστορικό ΑΨΕ έχει ακόμα βρεθεί να συσχετίζεται με ένα εύρος ψυχιατρικών διαταραχών, όπως διαταραχές της διάθεσης, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές από κατάχρηση ουσιών και διαταραχές πρόσληψης τροφής.^(33,42,43)

Οι ΑΨΕ όπως η παραμέληση και η κακοποίηση όταν συμβούν στην παιδική ηλικία, κατά την διάρκεια δηλαδή της ανάπτυξης, θεωρούνται ότι έχουν την δυσμενέστερη επίπτωση. Οι αντίξοχες ψυχοτραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας (ΑΨΕΠΗ) είναι αυτές που οι Varese και συν. κατέδειξαν ως σημαντικό παράγοντα κινδύνου για εκδήλωση ψύχωσης.⁽⁴⁴⁾

1.3. Αντίξοες Ψυχοτραυματικές Επειρίες Παιδικής Ηλικίας και ψυχοπαθολογία. Ψυχολογικές θεωρίες.

Οι σχετικά πρόσφατες τεκμηριωμένες αναφορές από δημοσιευμένες μελέτες σχετικά με την συσχέτιση των αντίξοων ψυχοτραυματικών εμπειριών με την εκδήλωση ψύχωσης αναζωπύρωσε το ενδιαφέρον για ένα μοντέλο που θα μπορούσε να εξηγήσει αιτιολογικά την σχέση αυτή. Οι διάφορες ψυχολογικές θεωρίες, με πρώτη την ψυχαναλυτική θεωρία στην αρχή του 20^{ου} αιώνα, προσέγγισαν από διαφορετικές σκοπιές το 'παιδικό ψυχικό τραύμα' και υπέδειξαν διάφορους τρόπους και διαδρομές μέσω των οποίων η ψυχοτραυματική εμπειρία μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή ψυχοπαθολογία συμπεριλαμβανομένων των ψυχωσικών συμπτωμάτων. Επί πλέον υπέδειξαν με βάση τις παρατηρήσεις τους θεραπευτικές παρεμβάσεις.

1.3.1. Ψυχαναλυτική προσέγγιση

Ο Σ. Φρόυντ στήριξε την αρχική του θεωρία για την υστερία πάνω στο «παιδικό ψυχικό τραύμα».⁽⁴⁵⁾ Ωστόσο, ο όρος αυτός παρέμεινε χωρίς διασαφηνίσεις. Μολονότι υπήρχαν κλινικές παρατηρήσεις ότι το παιδικό ψυχικό τραύμα παίζει σπουδαίο ρόλο στον τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται την εξωτερική πραγματικότητα, η θέση του "Άλλου Ατόμου" στην διαμόρφωση της υποκειμενικότητας και η 'πραγματικότητα' κατέληξαν στο περιθώριο.^(46,47)

Ο Ferenczi,⁽⁴⁸⁾ ο οποίος ασχολήθηκε με πολύ δύσκολους ασθενείς, ανέσυρε το εγκαταλελειμμένο μέσα στη θεωρία παιδικό ψυχικό τραύμα. Παρατήρησε ότι στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς του με ιστορικό σοβαρής κακοποίησης και με ψυχοπαθολογία, που ίσως σήμερα θα την κατατάσσαμε στις μεθοριακές ή στις ναρκισσιστικές διαταραχές προσωπικότητας, αυτό το ίδιο το ψυχαναλυτικό πλαίσιο θεραπείας γινόταν τραυματικό για τους ασθενείς, όταν αγνοούσε τα αληθινά ψυχικά τραύματα που είχαν εμφανιστεί στη ζωή τους. Ο Ferenczi θεώρησε ότι ένα μεγάλο ρόλο στην αποτυχία της θεραπείας παίζει η άρνηση του παιδικού ψυχικού τραύματος εκ μέρους του ασθενούς ως μια επανάληψη της άρνησης που ο ενήλικος κακοποιητής του είχε

επιβάλλει κατά την κακοποίηση.⁽⁴⁶⁾⁽⁴⁸⁾ Οι επιπτώσεις του παιδικού ψυχικού τραύματος περιγράφονται από τον Ferenczi^(48,49) ως ένα τεράστιο άγχος που παραλύει το παιδί-θύμα καθιστώντας το ψυχικά και σωματικά αβοήθητο. Μη μπορώντας να αντιμετωπίσει αυτό το άγχος, το παιδί-θύμα οδηγείται αυτόματα στο να υποτάσσεται στη υποτιθέμενη θέληση του κακοποιητή και στο να προσπαθεί να ανακαλύψει τις επιθυμίες του για να τις ικανοποιήσει. Τελικά ταυτίζεται μαζί του και ο θύτης από μέρος της εξωτερικής πραγματικότητας γίνεται μέρος της εσωτερικής πραγματικότητας του θύματος. Επιπλέον, η ενδοβολή των συναισθημάτων ενοχής του θύτη, κάνουν το παιδί-θύμα, μόλις ανανήψει από το σοκ της επίθεσης, εκτός της νοητικής σύγχυσης, να νιώθει διχασμένο, ένοχο και την ίδια στιγμή αθώο. Αυτό επιτείνει τη σύγχυση σε βαθμό που η εμπιστοσύνη στην ίδια του την αντίληψη να διαταράσσεται. Οι παραπάνω διαδικασίες ενισχύονται στην συνέχεια από την Άρνηση (Denial) που επιβάλλεται στο παιδί-θύμα από αυτούς που έχουν την εξουσία να πάρουν αποφάσεις σχετικά με την εμπειρία της κακοποίησης, πολύ συχνά ακόμα και από τον ίδιο τον κακοποιητή, όταν είναι αναγκασμένο το παιδί να διαβιώνει μαζί του. Η Άρνηση προκαλεί και στη συνέχεια ενισχύει το ναρκισσιστικό διχασμό του Εγώ (narcissistic splitting of the Ego) , τον κατακερματισμό του Εγώ, την απώλεια της αίσθησης της ατομικότητας και την απώλεια της ικανότητας διάκρισης μεταξύ αντίληψης (perception) και προβολής (projection). Η ενδοψυχική αντιπροσώπευση του θύτη επομένως είναι η βάση για τις διαδικασίες που θα οδηγήσουν στα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, όπως αυτά της ονειρικής κατάστασης τραυματικής έκστασης ή ακόμα και των ακουστικών ψευδαισθήσεων. Ο Ferenczi συμπεριλαμβάνει στο ψυχικό τραύμα εκτός από την κακοποίηση, και την απουσία συναισθηματικής επένδυσης προς τα παιδιά,⁽⁴⁹⁾ αυτό που σήμερα μάλλον θα το αξιολογούσαμε ως παραμέληση (neglect). Σε ορισμένες περιπτώσεις ο διχασμός του Εγώ, που ακολουθεί την επιβαλλόμενη άρνηση, έχει ως αποτέλεσμα μια διαδικασία ψευδωριμότητας (pseudomaturation, wise baby) στο παιδί-θύμα, η οποία αναπληρώνει την αποτυχία της παροχής φροντίδας προς αυτό. Τα παιδιά-θύματα

σωματικής, σεξουαλικής κακοποίησης ή παραμέλησης, με την διαδικασία του διχασμού ακρωτηριάζουν και αποβάλλουν μέρος του Εγώ τους και το αναπληρώνουν με υλικό που εμφυτεύεται (implant) από το εξωτερικό περιβάλλον. Το υλικό αυτό προσομοιάζεται με βάση το ιατρικό μοντέλο μάλλον με ένα εντυπωσιακό νεόπλασμα (teratoma) παρά με ένα απλό εμφύτευμα.⁽⁵⁰⁾



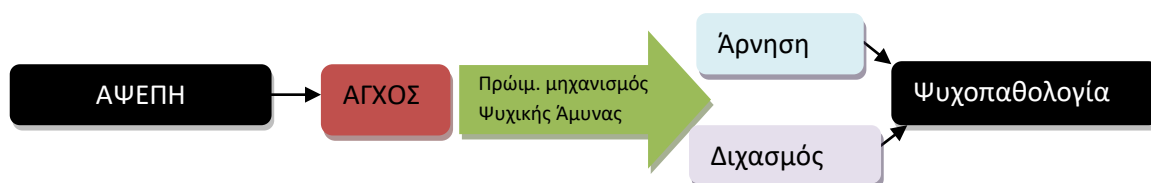
Εικόνα 2. Sándor Ferenczi (7 July 1873 – 22 May 1933)

Το 1939 ο ίδιος ο Φρόυντ για πρώτη φορά προσεγγίζει το ψυχικό τραύμα αυτό καθαυτό πέρα από την «τραυματική» του θεωρία.⁽⁵¹⁾ Θεωρεί ότι οι επιδράσεις του ψυχικού τραύματος είναι δύο ειδών: Οι 'θετικές' και οι 'αρνητικές'. Οι θετικές είναι οι απόπειρες επαναλειτουργίας του τραύματος μέσω της μνήμης των ξεχασμένων εμπειριών και, όταν είναι δυνατόν, της επαναβίωσης της κακοποίησης εκ νέου. Όταν πρόκειται για τραυματική σχέση, η επαναβίωση μπορεί να γίνει με άλλο άτομο από τον κακοποιητή με ανάλογο τρόπο, ο οποίος θα υπενθυμίζει το τραυματικό γεγονός. Οι αρνητικές έχουν τον ακριβώς αντίθετο στόχο: Την απόλυτη λήθη και την απόλυτη αποφυγή επανάληψής του τραύματος. Οι παραπάνω επιδράσεις είναι ουσιαστικά και οι δύο αντιδράσεις άμυνας. Οι άμυνες αυτές προκαλούν συμπτώματα και δυσλειτουργίες, που εκδηλώνονται με παρορμητικό τρόπο, μεγάλη φυσική ένταση και συγχρόνως μία μεγάλη ανεξαρτησία από την οργάνωση των άλλων ψυχικών λειτουργιών, οι οποίες προσαρμόζονται στις απαιτήσεις της

πραγματικότητας. Η κατάσταση που δημιουργείται από αυτές τις άμυνες μέσα στην συνολικότερη ψυχική κατάσταση του ατόμου (state within state) είναι μη προσβάσιμη από τον θεραπευτή.

Η περιγραφή του Φρόυντ συμπίπτει με την υπόθεση του ναρκισσιστικού διχασμού, όπως αυτή διατυπώθηκε από τον Ferenczi και πάνω στην οποία βασίστηκαν αργότερα και οι περιγραφές του Winnicott για τον αληθή και ψευδή εαυτό (the true and the false self).⁽⁴⁶⁾

Παρά την κριτική που διατυπώθηκε στους ορισμούς του ψυχικού τραύματος ακόμα και από ψυχαναλυτές συγγραφείς,^(52,53,54) η υπόθεση του ναρκισσιστικού διχασμού (εικόνα 3) είναι αυτή, στην οποία βασίστηκαν όλες οι ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις στο ψυχικό τραύμα μέχρι σήμερα, για να κατανοήσουν τις δυσκολίες των παιδιών-θυμάτων στη φαντασία, τα όνειρα, το παιχνίδι και την έκφραση λόγου, καθώς και την ψυχοπαθολογία τους. Σύγχρονοι ψυχαναλυτές επαναδιατυπώνοντας την υπόθεση εστίασαν την προσοχή τους στην δυσκολία μεταβίβασης (transference) των ασθενών κατά τη θεραπεία, την ενσυναίσθηση (empathy) και την εμπειρέξη (containment). Παρατηρούν μεταξύ άλλων, ότι η ψυχοπαθολογία των ασθενών-θυμάτων βρίσκεται περισσότερο στην αδυναμία τους στο μετασχηματισμό (transforming) της εμπειρίας τους σε κάτι λειτουργικό παρά στην ένταση της κακοποιητικής εμπειρίας, την ένταση της μνήμης και την ένταση της αναπαράστασής της κατά την θεραπεία.⁽⁵⁴⁾



Εικόνα 3. Σχεδιάγραμμα που απεικονίζει την υπόθεση του ναρκισσιστικού διχασμού για την σχέση παιδικού ψυχικού τραύματος και ψυχοπαθολογίας

1.3.2. Γνωσιακή-Συμπεριφορική Προσέγγιση

Ο A. Beck στο γνωσιακό μοντέλο που παρουσίασε για την ψυχοπαθολογία της κατάθλιψης, θεώρησε ότι τα δυσλειτουργικά σχήματα για τον εαυτό (maladaptive self schemata) συνιστούν έναν παράγοντα ευαλωτότητας για ψυχικές διαταραχές. Υποστήριξε ότι το περιεχόμενο των δυσλειτουργικών αυτών σχημάτων αναπτύσσεται νωρίς στην παιδική ηλικία, εδραιώνεται από αντίξοες εμπειρίες και ενεργοποιείται από τις μετέπειτα αρνητικές περιστάσεις της ζωής.⁽⁵⁵⁾ Οι υποθέσεις του συνοδεύτηκαν από την δημιουργία εργαλείων κατάλληλων να χρησιμοποιηθούν σε κλινικές μελέτες. Μετέπειτα ο Young στην προσπάθεια θεραπευτικής προσέγγισης των διαταραχών προσωπικότητας περιέγραψε την έννοια του δυσλειτουργικού γνωσιακού σχήματος εαυτού στους ασθενείς του με πιο λεπτομερή τρόπο αναφέροντας τον ως πυρηνική πεποίθηση (core belief). Οι δυσλειτουργικές αυτές πυρηνικές πεποιθήσεις παρατηρήθηκε ότι υπέβοσκαν κάτω από διάφορους τύπους ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων των ασθενών με διαταραχές προσωπικότητας, για αυτό περιγράφηκαν πιο ενδελεχώς και ταξινομήθηκαν σε πέντε κατηγορίες.⁽⁵⁶⁾ 1) Αποσύνδεση και Απόρριψη (Disconnection and Rejection), 2) Μειωμένη Αυτονομία και Απόδοση (Impaired Autonomy and Performance), 3) Άρση Ορίων (Impaired Limits), 4) Καθοδήγηση από τους Άλλους (Other-directedness) και 5) Υπερεπαγρύπνηση και Αναστολή (Overvigilance and Inhibition). Η συσχέτιση των δυσλειτουργικών σχημάτων με την έναρξη και εγκατάσταση ψυχοπαθολογίας τεκμηριώθηκε από σειρά μελετών και εξακολουθεί να βρίσκεται στο επίκεντρο της έρευνας. Ο Bernstein,⁽⁵⁷⁾ με βάση την έρευνα του Young, πρότεινε ένα γνωσιακό μοντέλο στις διαταραχές προσωπικότητας που έχουν ιστορικό παιδικού ψυχικού τραύματος. Ως παιδικό ψυχικό τραύμα θεώρησε την κακοποίηση (σεξουαλική, σωματική και συναισθηματική) και την παραμέληση (σωματική, συναισθηματική) και με βάση τα δυσλειτουργικά σχήματα εξέτασε τη σχέση των αντίξοων ψυχοτραυματικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας των ασθενών του με την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας αργότερα στην ενηλικίωσή τους. Εργασίες αναφέρουν ότι η κακοποίηση

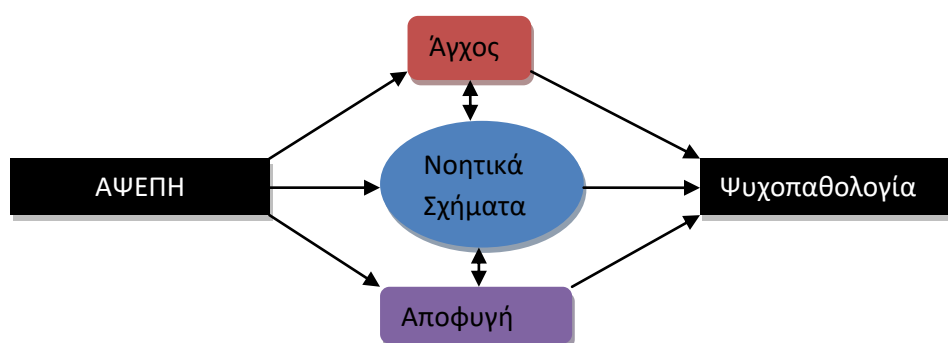
στην παιδική ηλικία μάλλον έχει ως αποτέλεσμα σχήματα που αφορούν τον κίνδυνο, όπως η αδυναμία στην αντιμετώπιση των απειλών και η ανασφάλεια, ενώ η παραμέληση έχει ως αποτέλεσμα σχήματα που αφορούν απώλεια και αποσημασιοδότηση, όπως είναι η συναισθηματική αποστέρηση και η κοινωνική απομόνωση.⁽⁵⁸⁾ Η σχέση της κατάθλιψης με την κακοποίηση βρέθηκε ότι έχει ως μεσολαβητικούς παράγοντες τα δυσλειτουργικά σχήματα των κατηγοριών Αποσύνδεση/Απόρριψη, Μειωμένη Αυτονομία/Απόδοση και Άρσης Ορίων σε κλινικό δείγμα εξωτερικών ασθενών.⁽⁵⁹⁾ Άλλη έρευνα καταδεικνύει τον μεσολαβητικό ρόλο των δυσλειτουργικών σχημάτων μεταξύ γονεϊκών αντιλήψεων (parental perception) και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε δείγμα νεαρών ενηλίκων. Η κατάθλιψη συσχετίστηκε με σχήματα Αμυντικότητας και Ντροπής, Ανεπάρκειας, Αυτοελέγχου και Ευαλωτότητας στον Κίνδυνο.⁽⁶⁰⁾ Σημαντικές συσχετίσεις συναισθηματικής κακοποίησης και παραμέλησης με συναισθηματικές διαταραχές βρέθηκαν να έχουν παράγοντες διαμεσολάβησης τα σχήματα Ευαλωτότητας στον Κίνδυνο, Αυτοθυσίας και Αμυντικότητας/Ντροπής σε μη κλινικό πληθυσμό μαθητών κολλεγίου.⁽⁶¹⁾ Επιπλέον, σε γυναίκες με σοβαρό μετατραυματικό σύνδρομο και ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης μεγαλύτερη ένταση και σοβαρότητα ψυχοπαθολογίας εμφάνισαν οι ασθενείς με μεγαλύτερα σκορ της αξιολόγησης των δυσλειτουργικών σχημάτων τους.⁽⁶²⁾ Τα αποτελέσματα που συσσωρεύονται από τις έρευνες δείχνουν ότι οι σχέσεις του παιδικού ψυχικού τραύματος με βουλιμικές συμπεριφορές,⁽⁶³⁾ διασχιστικές διαταραχές,⁽⁶⁴⁾ και αυτοκτονικότητα⁽⁶⁵⁾ έχουν και αυτές ως παράγοντα διαμεσολάβησης τα πυρηνικά δυσπροσαρμοστικά σχήματα. Ο ρόλος λοιπόν της σοβαρής αναστάτωσης λόγω ψυχικού τραύματος στην παιδική ηλικία από τους γονείς, τα αδέρφια και τους συμμαθητές ή συντρόφους σύμφωνα με τις γνωσιακές προσεγγίσεις είναι οι αναπτυξιακές απαρχές των δυσλειτουργικών νοητικών σχημάτων, τα οποία πιθανόν να έχουν επιπτώσεις στην αντίληψη εαυτού και την αντίληψη για τους άλλους. Έτσι αυτά τα δυσλειτουργικά σχήματα

αφενός μεν παραβλάπτουν σοβαρά τις διαπροσωπικές σχέσεις, αφετέρου θα μπορούσαν να είναι βήματα σε ένα μονοπάτι προς μια σοβαρή ψυχική διαταραχή.⁽⁶⁶⁾

Σύμφωνα με μια από τις πρώτες συμπεριφορικές θεωρίες η προσκόλληση (attachment) είναι αποτέλεσμα μιας διαδικασίας μάθησης κατά την διάρκεια της σχέσης η οποία αφορά τη σίτιση του παιδιού με τον φροντιστή του. Επειδή ο φροντιστής (η μητέρα συνήθως) ταΐζει το παιδί, αυτό μαθαίνει να προσκολλάται επάνω του. Όταν το παιδί αποχωρίζεται τον φροντιστή του (μητέρα), εμφανίζει άγχος που δεν μειώνεται ακόμα και όταν του παρέχεται κανονικά η τροφή. Η προσκόλληση παρουσιάζει συμπεριφορικά χαρακτηριστικά και καθορίζει τα κίνητρα του παιδιού: Όταν φοβάται, έχει μάθει να ψάχνει τον φροντιστή του για να πάρει φροντίδα και ανακούφιση. Ως προσκόλληση ορίζεται ο δεσμός του ατόμου με ένα άλλο άτομο και ο πρώιμος δεσμός με την μητέρα έχει πολύ μεγάλη επίδραση στον τρόπο που αναπτύσσονται οι δεσμοί σε όλη τη ζωή. Η λειτουργία της προσκόλλησης θεωρήθηκε ότι αυξάνει τις δυνατότητες του ατόμου για προσαρμογή και επιβίωση και επομένως εντάσσεται στη διαδικασία εξέλιξης του homo sapiens, παρουσιάζει δηλαδή μία ενδογενή δυνατότητα-τάση να δημιουργείται σε όλα τα άτομα και δεν είναι μια απλή διαδικασία μάθησης.⁽⁶⁷⁾ Με βάση την ανάγκη για τροφή λοιπόν δημιουργούνται οι σημαντικοί παράγοντες, οι οποίοι καθορίζουν την λειτουργία της προσκόλλησης και που είναι η φροντίδα προς το άτομο και η απαντητικότητα του ατόμου σε αυτήν την φροντίδα. Η αίσθηση ασφάλειας της πρώιμης προσκόλλησης προϋποθέτει την οργάνωση ενός μηχανισμού κινητοποίησης για μάθηση, δράση και ζωή, όπως θα λέγαμε γενικότερα, που εξυπηρετεί και συντηρεί την αίσθηση ασφάλειας στα πλαίσια εξυπηρέτησης μιας εσωτερικής ψυχολογικής ομοιόστασης. Τα παιδιά σχηματίζουν ένα σύστημα για να αντιληφτούν τον εαυτό τους και τους άλλους που αποτελείται τόσο από συναισθηματικά και συμπεριφορικά όσο και από νοητικά σχήματα. Αυτό το σύστημα στηρίζεται απάνω στις πρώιμες σχέσεις που συνήθως είναι οι σχέσεις με τους γονείς. Τα παιδιά γονιών που απαντούν στις συμπεριφορές προσέγγισης των παιδιών τους τείνουν να αναπτύξουν

εμπιστοσύνη στις ικανότητες τους και ικανοποιητική κινητοποίηση για την επίτευξη στόχων. Αντίθετα, τα παιδιά γονέων που δεν απαντούν στις συμπεριφορές προσέγγισης των παιδιών τους έχουν αρνητική αντίληψη του εαυτού τους και των άλλων τόσο σε επίπεδο νοητικών σχημάτων όσο και σε επίπεδο συμπεριφορών και αυτό τα εμποδίζει να κρατούν την συναισθηματική τους κατάσταση σταθερή, ώστε να λειτουργούν και να επιτυγχάνουν στόχους.⁽⁶⁸⁾ Συγγραφείς έχουν διατυπώσει την άποψη ότι ο τρόπος προσκόλλησης αποτυπώνεται σε συστηματικά μοτίβα εκτίμησης από το άτομο των σχέσεων του με τους άλλους και των προσδοκιών του από αυτές τις σχέσεις, και αυτά τα μοτίβα είναι ανιχνεύσιμα τόσο στην παιδική όσο και την ενήλικη ζωή.⁽⁶⁹⁾ Ερευνητές έχουν προτείνει ότι για τον ορισμό του τρόπου προσκόλλησης του κάθε ατόμου πρέπει να διερευνούνται δύο διαστάσεις: το άγχος και η αποφυγή. Το άγχος αντικατοπτρίζει τα συστήματα που αφορούν την σχέση με τον εαυτό και κατευθύνει επιθυμία για οικειότητα, προστασία, φόβους απόρριψης και εγκατάλειψης και ανησυχία για την διαθεσιμότητα σημαντικών ατόμων στην σχέση τους. Στα πλαίσια της αντίδρασης στο άγχος και με στόχο την ανακούφιση της δυσφορίας που αυτό πολλές φορές προκαλεί, το άτομο επιστρατεύει υπερενεργητικά μοτίβα συμπεριφορών, όπως συστηματικές προσπάθειες προσέγγισης ατόμων, συμπεριφορές πρόληψης της απώλειας με υπερπροσφορά αγάπης και υποστήριξης και συμπεριφορές ελέγχου των σχέσεων.⁽⁷⁰⁾ Η διάσταση της Αποφυγής αντανάκλα την εσωτερική αναπαράσταση των άλλων και κατευθύνει σχήματα δυσφορίας με την οικειότητα και τάση για συναισθηματική απόσταση, απροθυμία αποκάλυψης προσωπικών θεμάτων, ανάγκη για αυτοεπάρκεια και οι συμπεριφορές που υιοθετούνται είναι η αναστολή αναζήτησης βοήθειας και οι συνεχείς προσπάθειες για διαχείριση των δυσκολιών σε ατομική βάση. Δεδομένης της σημασίας που δίνεται στην προσκόλληση στις σχέσεις με τους γονείς, τα αδέρφια και τους πρώτους συντρόφους, ως καθοριστικός παράγοντας διαμόρφωσης της εικόνας του εαυτού και των άλλων, η αντίξοχη ψυχοτραυματική εμπειρία της παιδικής ηλικίας θα μπορούσε να οριστεί, με βάση την θεωρία προσκόλλησης, ως μια

ακραία μορφή κακής λειτουργίας των πρώτων φροντιστών.⁽⁷¹⁾ Η αποδιοργάνωση του εσωτερικού μηχανισμού της προσκόλλησης από την κακοποίηση ή την παραμέληση έχει ως αποτέλεσμα συγκεχυμένες προσεγγίσεις στη φιγούρα προσκόλλησης. Με την ανάπτυξη του ατόμου η φιγούρα προσκόλλησης από τη κακοποιητική μητέρα ή/και τα κακοποιητικά οικεία πρόσωπα περνά στην εσωτερική αναπαράσταση του Άλλου, προς τον οποίο η προσέγγιση γίνεται με τον ίδιο συγκεχυμένο τρόπο, με έντονες εκδηλώσεις τόσο άγχους όσο και αποφυγής. Τα αρνητικά συναισθήματα και οι συμπεριφορές που προκύπτουν είναι πολύ πιθανόν να προβλέπουν σε κάποια άτομα την εκδήλωση σοβαρής ψυχοπαθολογίας ή και να αποτελούν τα ενδιάμεσα βήματα από τις ΑΨΕΠΗ στην ψυχοπαθολογία αυτή.



Εικόνα 4. Σχηματική παράσταση των γνωσιακών και συμπεριφορικών μοντέλων για τη πιθανή σχέση παιδικού ψυχικού τραύματος με την ψυχοπαθολογία

1.3.3. Συστημική προσέγγιση

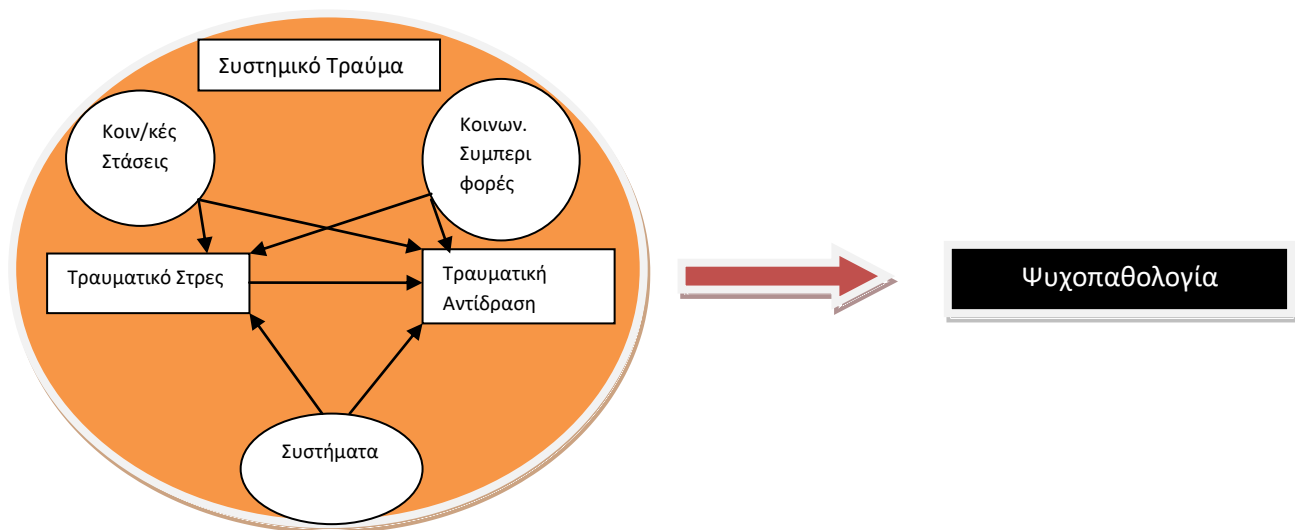
Οι ψυχολογικές θεωρίες εξετάζουν συνήθως τις ΑΨΕΠΗ σε άτομα-θύματα από άτομα-θύτες και κατά συνέπεια η αντίληψη των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για αυτές συχνά περιορίζεται στους ακραίους στρεσογόνους παράγοντες και τις έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις σε ατομικό επίπεδο. Σύμφωνα με την συστημική θεωρία η πραγματικότητα πιθανόν να είναι πιο πολύπλοκη: Οι θεσμοί, οι αντιλήψεις, τα ήθη και έθιμα των κοινοτήτων, μέσα στις οποίες αναπτύσσονται τα άτομα θύτες και θύματα, πιθανόν να επιδρούν σημαντικά στις επιπτώσεις των ΑΨΕΠΗ. Με άλλα λόγια η σχέση που ορίζει την αντίξοχη ψυχοτραυματική εμπειρία, δηλαδή η σχέση του ακραίου στρεσογόνου παράγοντα

με την έντονη αντίδραση, είναι πιθανό να υπόκειται σε κοινωνικές αντιλήψεις, στάσεις (attitudes) συμπεριφορές (behaviors) και συστήματα (systems). (Πίνακας 3) Με τον όρο συστημικό ψυχικό τραύμα⁽⁷²⁾ περιγράφονται τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού περιβάλλοντος και των κοινωνικών θεσμών που πιθανόν να εμπλέκονται με την έναρξη των διαφόρων ΑΨΕΠΗ, την διατήρησή τους και τις επιπτώσεις τους. Το πλαίσιο εργασίας πάνω στο συστημικό ψυχικό τραύμα ενημερώνεται από μοντέλα που σχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον και δίνουν έμφαση στη μελέτη της οικογένειας, του σχολείου, της κοινότητας με τις νοοτροπίες, πρακτικές και εν γένει την κουλτούρα της. Επίσης εστιάζει σε άλλες συναφείς με το κοινωνικό περιβάλλον αντιλήψεις, όπως είναι η θέση της γυναίκας, η ανατροφή των παιδιών, η ψυχική υγεία και η εργασία, καθώς και η κοινωνική αντίληψη πάνω στα ανθρώπινα δικαιώματα. Ακόμη εξετάζει το περιβάλλον διαβίωσης, την φτώχεια, την μετανάστευση, τις προλήψεις και τις διακρίσεις.

Η Έρευνα έχει καταδείξει ότι τα συστήματα που αναφέρθηκαν συμμετέχουν στις επιπτώσεις των ΑΨΕΠΗ και θα μπορούσαν να συμμετέχουν και στην επίπτωση της ψυχοπαθολογίας που προκύπτει από αυτές. Έτσι αυτές οι επιπτώσεις έχουν συσχετιστεί με διαβίωση σε αστικό περιβάλλον⁽⁷³⁾, με μετανάστευση, με ανέχεια, με ρατσισμό και διακρίσεις.⁽⁷⁴⁻⁷⁵⁾ Η διαβίωση σε αστικό περιβάλλον και σε συνθήκες φτώχειας πιθανόν να είναι σοβαροί παράγοντες, οι οποίοι ευνοούν την βία και την θυματοποίηση (victimization). Επιπλέον, οι σοβαρές ψυχολογικές και λειτουργικές επιπτώσεις των ΑΨΕΠΗ πιθανόν σε τέτοια περιβάλλοντα να ευνοούν την εκ νέου θυματοποίηση, να επιδεινώνουν την λειτουργική έκπτωση και να οδηγούν έτσι εκ νέου σε φτώχεια και υποβάθμιση του τρόπου διαβίωσης διαιωνίζοντας έτσι ένα φαύλο κύκλο. Η ανέχεια σε αστικό περιβάλλον έχει συσχετιστεί με ενδοοικογενειακή βία και χρήση ουσιών.⁽⁷⁶⁾ Τα συστήματα εκτός από την τραυματική εμπειρία αυτή καθεαυτή μπορεί να εμποδίζουν την αναζήτηση βοήθειας. Κοινωνικές αντιλήψεις και στάσεις είναι πιθανόν να ελαχιστοποιούν τον ψυχικό τραυματισμό ή να αρνούνται αυτόν και τις επιπτώσεις του ή ακόμα και να κατηγορούν το

θύμα.⁽⁷⁷⁾ Οι ανεπαρκείς μη υποστηρικτικές αντιδράσεις θεσμικών οργάνων έχει υποστηριχτεί ότι επιδεινώνουν τόσο τις ΑΨΕΠΗ όσο και τις επιπτώσεις τους.⁽⁷⁸⁾ Ενδιαφέρον έχει ότι ίδια συστήματα μπορεί να προάγουν μια ΑΨΕΠΗ και την ίδια στιγμή να την αντιμετωπίζουν. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι κάποιες θρησκευτικές πρακτικές που από τη μία αρνούνται ή υποτιμούν κάποιες ΑΨΕΠΗ και αποθαρρύνουν τα άτομα προς αναζήτηση βοήθειας, ενώ κάποιες άλλες πρακτικές τους τις ανακουφίζουν.⁽⁷⁹⁾

Οι επιπτώσεις του συστημικού ψυχικού τραύματος πιθανόν να συμπεριλαμβάνουν την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας που να μην μπορεί να καθοριστεί από τα υπάρχοντα διαγνωστικά εγχειρίδια. Τόσο η έρευνα όσο και η εμπειρία έχουν αναφέρει πληθώρα ψυχοπαθολογικών καταστάσεων, πολύ πέρα από τη διάγνωση της Μετατραυματικής Διαταραχής Στρες, όπως αλεξιθυμία, απορρύθμιση του συναισθήματος, άγχος και κατάθλιψη, διαταραχές από χρήση ουσιών, διασχιστικές διαταραχές, διαταραχές στην παρόρμηση και ψυχωσικά επεισόδια.^(72,80) Η εμμονή και ο περιορισμός του ενδιαφέροντος σε μία καθορισμένη διάγνωση πιθανόν σημαίνει μεγάλη μείωση του ενδιαφέροντος για την έρευνα των πραγματικών επιπτώσεων του παιδικού τραύματος και ως εκ τούτου την σημαντική υποχρηματοδότησή του τομέα αυτού. Επίσης έρευνες έχουν δείξει ότι η ανεπάρκεια των κοινωνικών δομών με την έλλειψη εξειδικευμένων μονάδων για την πρόληψη του παιδικού τραύματος θα μπορούσε να είναι, με βάση τη συστημική θεωρία, ένας παράγοντας που συμμετέχει στο λεγόμενο συστημικό τραύμα. Το ίδιο μπορεί να συμβαίνει με το σύστημα δικαιοσύνης, όταν στηρίζεται σε θεσμικές προκαταλήψεις που αδυνατούν να προσεγγίσουν το παιδικό τραύμα.⁽⁸¹⁾ Η συστημική θεωρία, επομένως λειτουργεί σαν ένας οπτικός φακός (lens) που στοχεύει στη καταγραφή των κοινωνικών διαστάσεων των ΑΨΕΠΗ, μελετώντας τες ουσιαστικά ως 'συστημικό ψυχικό τραύμα' και υποθέτοντας ότι οι κοινωνικές μεταβλητές διαφοροποιούν την επίπτωση, την βαρύτητα και πιθανώς την προκύπτουσα από αυτό ψυχοπαθολογία.⁽⁷²⁾



Εικόνα 5 Σχηματική παράσταση του συστημικού μοντέλου για τη πιθανή σχέση παιδικού ψυχικού τραύματος με την ψυχοπαθολογία

1.4. Αντίξοη Ψυχοτραυματική Εμπειρία, P.T.S.D. και Ψύχωση

Η καθιέρωση της διάγνωσης της διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD) αύξησε πολύ το ενδιαφέρον των ερευνητών για τις αντίξοες ψυχοτραυματικές εμπειρίες (ΑΨΕ). Το ενδιαφέρον όμως αυτό το μονοπώλησε σχεδόν η συσχέτιση των ΑΨΕ με τα κοινωνικά και τα μη ψυχωτικά ψυχιατρικά προβλήματα, ενώ δεν συνέβη το ίδιο με την ψύχωση. Υπάρχει σειρά δημοσιεύσεων, στις οποίες η συσχέτιση των ΑΨΕ με την ψύχωση στις καλύτερες περιπτώσεις ελαχιστοποιήθηκε, ενώ στις χειρότερες αγνοήθηκε ή και απορρίφθηκε.⁽⁸²⁾

Ενδεχομένως στην τάση αυτή μπορεί να έπαιξαν ρόλο: α) Η επιμονή στην προσέγγιση της ψύχωσης μέσα από ένα καθαρά βιολογικό πλαίσιο, β) ο φόβος απόδοσης κατηγοριών και ευθυνών στην οικογένεια, γ) η αποφυγή ανάδευσης του ψυχοτραυματισμού του ασθενούς από τον εξεταστή-ερευνητή και δ) η πρακτική της διάγνωσης αποσυνδεδετικής ή άλλης μη

ψυχωτικής διαταραχής με την αποκάλυψη από το ιστορικό της ψυχοτραυματικής εμπειρίας.⁽⁸³⁻⁸⁴⁾

Ωστόσο, υπήρξαν δημοσιευμένες έρευνες και μελέτες που κατεδείκνυαν συσχέτιση των ΑΨΕ με την ψύχωση. Στους επιβιώσαντες από τους βομβαρδισμούς και τα στρατόπεδα συγκεντρώσεως του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, παρατηρήθηκε επιβάρυνση στους ασθενείς με σχιζοφρένεια και στη συχνότητα νοσηλείας εξαιτίας της νόσου.⁽⁸⁵⁾ Παρατηρήθηκε ακόμη, αύξηση της επίπτωσης της σχιζοφρένειας όψιμης έναρξης στους πληθυσμούς ατόμων που αιχμαλωτίστηκαν σε στρατόπεδα συγκεντρώσεως όταν ήταν παιδιά.⁽⁸⁶⁻⁸⁷⁾ Σειρά δημοσιεύσεων κατέδειξαν ότι η επικράτηση των ΑΨΕ είναι μεγαλύτερη στους πληθυσμούς ψυχωτικών ασθενών από αυτούς του γενικού πληθυσμού. Οι αναφερόμενοι δείκτες διακυμαίνονται από 12-85% και εξαρτώνται από τα χαρακτηριστικά της μελέτης και τον ορισμό της κακοποίησης.⁽⁸⁸⁾ Ειδικά για την σεξουαλική κακοποίηση, η συσχέτιση της με ψύχωση φαίνεται σε όλες σχεδόν τις δημοσιεύσεις με ελάχιστες εξαιρέσεις.⁽⁸⁹⁾ Η επικράτηση της εμπειρίας σεξουαλικής κακοποίησης είναι μεγαλύτερη στους πληθυσμούς ψυχωτικών ασθενών από αυτούς του γενικού πληθυσμού, με ποσοστά να κυμαίνονται από 25-30% στους άνδρες και 30-60% στις γυναίκες.⁽⁹⁰⁾

Επιπλέον έχουν συσχετιστεί με την ΑΨΕ τα λεγόμενα «θετικά» συμπτώματα της ψύχωσης . Η συσχέτιση πιο συγκεκριμένα αφορά:⁽⁹¹⁾

- α) παραληρητικές ιδέες αναφοράς, δίωξης, και συσχέτισης ,
- β) ακουστικές ψευδαισθήσεις που δίνουν εντολές, οπτικές ψευδαισθήσεις και
- γ) ιδέες παρεμβολής και επιβολής σκέψεων.

Τα παραπάνω, όταν υπάρχουν μετά από ΑΨΕ έχουν συσχετιστεί με νοητικά ελλείμματα και με πολύ φτωχότερη κοινωνική προσαρμογή.⁽⁹²⁻⁹³⁾ Ακόμα, φαίνεται ότι ενισχύονται τα δεδομένα που υποστηρίζουν την υψηλή επικράτηση της ΑΨΕ σε ασθενείς με πρώτο

ψυχωσικό επεισόδιο και τη συσχέτιση της υψηλής έκθεσης σε ΑΨΕ με μεγάλη διάρκεια μη θεραπευόμενης ψύχωσης (Duration of Untreated Psychosis, DUP).⁽⁹⁴⁾

Η συσχέτιση της ΑΨΕ με την ψύχωση δεν περιορίστηκε μόνο στη σχέση της με τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Ακουστικές ψευδαισθήσεις συσχετίστηκαν με την ΑΨΕ και σε ασθενείς με διπολική συναισθηματική διαταραχή. Επιπλέον, σε ασθενείς με διπολική διαταραχή και ιστορικό ΑΨΕ βρέθηκαν συσχετίσεις με: αύξηση ποσοστού ασθενών με πρώιμη έναρξη, αυξημένη βαρύτητα του μανιακού επεισοδίου, αύξηση αριθμού μανιακών επεισοδίων, συννοσηρότητα με διαταραχές χρήσης ουσιών, αυτοκαταστροφικές πράξεις, μεγάλη καθυστέρηση στην έναρξη θεραπείας και κακή πορεία.⁽⁹⁵⁻⁹⁷⁾ Η αξιοπιστία ψυχιατρικών αρρώστων συμπεριλαμβανομένων των ψυχωτικών ασθενών στην αναφορά ΑΨΕ έχει βρεθεί, παρά τις θεωρίες περί του αντιθέτου, εξαιρετικά υψηλή.^(44,82)

Βεβαίως μετά από την αναζωπύρωση του ενδιαφέροντος για τη σχέση ΑΨΕ και ψύχωσης κατά την προηγούμενη δεκαετία, υπήρξαν και δημοσιεύσεις που διατύπωσαν σοβαρές επιφυλάξεις. Σύμφωνα με την κριτική που άσκησαν αυτές οι δημοσιεύσεις, οι αναφορές για τη συσχέτιση ΑΨΕ και ψύχωσης βασίζονταν σε μελέτες χρονίων ασθενών, ήταν μικρές ως προς το μέγεθος δείγματος και με διαγνωστική ετερογένεια. Για αυτό τα αποτελέσματα ήταν αντιφατικά και συζητήσιμα, οι περιορισμοί ήταν πολλοί και υπήρχε ο κίνδυνος για υπερερμηνεία των αποτελεσμάτων προς το συμπέρασμα αιτιολογικής σχέσης ΑΨΕ με ψύχωση.⁽⁹⁸⁾

1.5. Κοινωνικό Στρες και Αντίξοες Ψυχοτραυματικές Εμπειρίες Παιδικής Ηλικίας

Υπάρχουν επιδημιολογικά στοιχεία που υποστηρίζουν ότι γενικότερα το κοινωνικό στρες πιθανόν να συσχετίζεται με την ανάπτυξη ψύχωσης. Έτσι, μια σειρά από αντίξοες εμπειρίες-γεγονότα ζωής (life events) αναφέρονται να συσχετίζονται με τον κίνδυνο εκδήλωσης ψύχωσης και μάλιστα έχει προταθεί η υπόθεση ότι ο κίνδυνος για ψύχωση αυξανόταν

ανάλογα με τον απόλυτο αριθμό των αντίξων αυτών γεγονότων με βάση ένα μοντέλο δόσης-απάντησης (dose-response model)⁽⁹⁹⁾ Τα αντίξοα αυτά γεγονότα έχουν μεγαλώσει το εύρος των ΑΨΕ που μελετούνται και πλέον αυτές αφορούν: το κοινωνικό περιβάλλον και τη διαβίωση σε μεγάλη πόλη (social urban environment),⁽¹⁰⁰⁻¹⁰²⁾ τη μετανάστευση (emigration),⁽¹⁰³⁾ τις διακρίσεις (discrimination),⁽¹⁰⁴⁻¹⁰⁵⁾ το σχολικό εκφοβισμό (bullying) και γενικότερα τη θυματοποίηση από τον περίγυρο και μετά το σχολείο σε μεγαλύτερη ηλικία (peers victimization)⁽¹⁰⁶⁾ και τέλος τις αντίξοες ψυχοτραυματικές εμπειρίες παιδικής ηλικίας (ΑΨΕΠΗ) που περιλαμβάνουν την παραμέληση φροντίδας των βασικών φυσικών και συναισθηματικών αναγκών τη συναισθηματική, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση καθώς και πιθανόν τη γονεϊκή απώλεια στην παιδική ηλικία.^(44,82,84)

Οι ΑΨΕΠΗ που περιλαμβάνουν την παραμέληση και την κακοποίηση στην παιδική ηλικία, όπως ήδη αναφέρθηκε, είναι αυτές που θεωρούνται πλέον σήμερα ως ο πλέον σημαντικός παράγοντας κινδύνου για ψύχωση. (Πίνακας 2). Οι Varese και συν.⁽⁴⁴⁾ σε ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των μελετών συσχέτισης κινδύνου ψυχώσεως με αντίξοες ψυχοτραυματικές εμπειρίες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι ΑΨΕΠΗ αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο ψύχωσης (O.R. 2,8). Υποστηρίζουν δηλαδή ότι αν θεωρητικά αποσύρονταν όλοι οι εξεταζόμενοι 'ψυχοτραυματικοί' παράγοντες, ο αριθμός των ατόμων με ψύχωση θα μειωνόταν κατά 33%, με την προϋπόθεση βέβαια ότι όλοι οι άλλοι εξεταζόμενοι παράγοντες κινδύνου δεν μεταβάλλονταν και θεωρώντας δεδομένη την αιτιολογική σχέση. Η μελέτη εξέτασε όλους τους αναφερόμενους ψυχοτραυματικούς παράγοντες εκτός από την πατρική αποστέρηση. Όλοι οι εξεταζόμενοι τύποι ΑΨΕΠΗ συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο για ψύχωση ανεξαρτήτως του τύπου τους, καταδεικνύοντας έτσι ότι η έκθεση σε ΑΨΕΠΗ γενικά αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης ψύχωσης ανεξαρτήτως της φύσης ή του τρόπου έκθεσης σε αυτόν, ενώ κανένας συγκεκριμένος τύπος τραύματος δεν φάνηκε να προβλέπει ψύχωση περισσότερο από έναν άλλο. Τα ευρήματα δείχνουν ότι άλλες συσχετιζόμενες με ΑΨΕΠΗ μεταβλητές, όπως η ηλικία έκθεσης και οι πολλαπλές εκθέσεις,

θα μπορούσαν να συσχετίζονται πιο ισχυρά με την εκδήλωση ψύχωσης από ότι ο τύπος ή ο τρόπος έκθεσης. Η συσχέτιση των ΑΨΕΠΗ με την ψύχωση βρέθηκε σε εργασίες με διαφορετικές μεθοδολογίες μέτρησης και εκτίμησης των ΑΨΕΠΗ. Από έλεγχο των τρόπων μέτρησης βρέθηκε μία τάση οι αναδρομικές μετρήσεις του τραύματος να υποτιμούν μάλλον τις ΑΨΕΠΗ παρά να την ενισχύουν υπέρ της συσχέτισης τους με την ψύχωση.

Πίνακας 2⁽⁴⁴⁾ Αντίξοες ψυχοτραυματικές εμπειρίες παιδικής ηλικίας (ΑΨΕΠΗ) και λόγοι σχετικής συχνότητας τους στην εκδήλωση ψύχωσης

ΑΨΕΠΗ	Odds Ratio (95%CI)	p
Σεξουαλική κακοποίηση	2.38 (1.98-2.87)	p<0.001
Σωματική κακοποίηση	2.95 (2.25–3.88)	p<0.001
Συναισθηματική κακοποίηση	3.40 (2.06–5.62)	p<0.001
Εκφοβισμός	2.39 (1.83–3.11)	p<0.001
Θάνατος γονέα	1.70 (0.82–3.53)	p=0.154
Παραμέληση	2.90 (1.71–4.92)	p<0.001

1.6. Αιτιολογική σχέση ΑΨΕΠΗ και ψύχωσης

Λίγα είναι γνωστά για τους αιτιολογικούς μηχανισμούς που υπόκεινται της σχέσης μεταξύ των ΑΨΕΠΗ και της ψύχωσης. Οι θεωρίες που διατυπώθηκαν για την κατανόηση των νοητικών και συμπεριφορικών μηχανισμών της σχέσης αυτής στις μέχρι τώρα εργασίες στηρίζονται σε γενικές γραμμές στους παρακάτω άξονες:

A. Απευθείας σχέση βίωσης αντίξοης ψυχοτραυματικής εμπειρίας με τη μείωση της ικανότητας αντίληψης του περιβάλλοντος και την εμφάνιση παραληρηματικών και ψευδαισθητικών βιωμάτων, σε υπενθύμιση των ψυχοτραυματικών καταστάσεων.

Β. Σύνδεση της αντίξοης ψυχοτραυματικής εμπειρίας ζωής με λανθασμένες αντιλήψεις-πεποιθήσεις σχετικά με τον εαυτό και την ευαλωτότητά του στην απειλή. Αυτές οι σχηματικές πεποιθήσεις μπορούν με τη σειρά τους να χαμηλώσουν τη δυναμική της διαχείρισης των εξωτερικών ερεθισμάτων και να δώσουν έδαφος στην έκφραση ιδεών αναφοράς, δίωξης και διαταραχές της αντίληψης.

Γ. Άλλες μορφές ψυχοπαθολογίας, όπως διασχιστικές διαταραχές, άγχος ή κατάθλιψη, οι οποίες προκύπτουν ευθέως από την ψυχοτραυματική εμπειρία και ενδέχεται να δημιουργούν διαδρομές προς την ψύχωση.^(82,107)

Τις τελευταίες δεκαετίες επομένως, αναπτύχθηκαν νοητικά μοντέλα, τα οποία επιχειρήσαν να διασαφηνίσουν τη σχέση των ψυχωσικών συμπτωμάτων με τις ΑΨΕΠΗ. Σύμφωνα με αυτά τα μοντέλα,⁽¹⁰⁸⁾ η έκθεση στις ΑΨΕΠΗ ωθεί το άτομο στο να αναπτύξει νοητικά σχήματα, με τα οποία αντιλαμβάνεται τον κόσμο ως απειλητικό και να προβάλλει όλες τις αρνητικές εμπειρίες σε εξωτερικούς παράγοντες και κυρίως στους άλλους. Το προκαλούμενο στρες θεωρείται ότι έχει ως αποτέλεσμα διαταραχές στη συνειδητοποίηση της εμπειρίας και πυροδοτεί μία διαρκή αναζήτηση εξηγήσεων. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, τα δυσλειτουργικά νοητικά σχήματα και η διαρκής αναζήτηση επεξηγήσεων (appraise processes) οδηγούν σε λάθος συμπεράσματα. Οποιοσδήποτε αρνητικές εμπειρίες ή ακόμα και σκέψεις ή αισθητηριακά ερεθίσματα προβάλλονται σε εξωτερικούς παράγοντες που αναγνωρίζονται ως απειλητικοί και έτσι τείνουν να αναπτυχθούν παραληρητικές ιδέες δίωξης και ακουστικές ψευδαισθήσεις.

Συγγραφείς ισχυρίζονται ότι σε άτομα με ιστορικό ΑΨΕΠΗ, τα αγχογόνα ή και αντίξοα γεγονότα ζωής, πιθανόν να επιδρούν συνεργικά στην εκδήλωση ψυχωσικής συμπτωματολογίας και τα παραπάνω αιτιολογικά σχήματα ενισχύονται με την αύξηση του αριθμού και της συχνότητας των ψυχοτραυματικών εμπειριών. Έτσι αυξάνεται ο κίνδυνος για να εμφανιστούν ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανόμενης της ψύχωσης (μοντέλο

δόσης-απάντησης, dose response model). Επιπλέον, φαίνεται ότι αυτοί που έχουν ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης έχουν την τάση να αναφέρουν ότι έχουν εκτεθεί και σε άλλες ΑΨΕΠΗ.⁽¹⁰⁹⁾

Ωστόσο, υπάρχουν ερευνητές, οι οποίοι προσπαθώντας να εξηγήσουν τους μηχανισμούς που αιτιολογούν την ψύχωση στους ασθενείς με ψυχοτραυματικές εμπειρίες, εστιάζουν λιγότερο στον αριθμό των τραυματικών γεγονότων και περισσότερο στην αδυναμία διαχείρισής τους από το ευάλωτο άτομο. Θεωρούν δηλαδή ότι οι σοβαρές ΑΨΕΠΗ, όπως η σοβαρή παραμέληση και η σεξουαλική κακοποίηση, καθιστούν το άτομο ευάλωτο και ανήμπορο στο να αντιμετωπίσει αντιξοότητες. Σε αυτή τη γραμμή κινείται η υπόθεση της κοινωνικής ήττας (social defeat hypothesis).⁽¹¹⁰⁾ Σε εργασίες που μελετούν τα στρεσογόνα γεγονότα σε ασθενείς με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο από τη μια πλευρά καταδεικνύεται ο ρόλος του στρες ως παράγοντας κινδύνου για ψύχωση,⁽¹¹¹⁾ από την άλλη ο αριθμός των ψυχοτραυματικών γεγονότων δεν δείχνει να είναι μεγαλύτερος από αυτόν της ομάδας ελέγχου. Ωστόσο, τα άτομα που εμφανίζουν ψύχωση συγκριτικά με τα άτομα του δείγματος ελέγχου αναφέρουν ότι δεν μπορούν να ελέγξουν τα στρεσογόνα γεγονότα.⁽¹¹²⁾ Τέλος υπάρχουν αναφορές ότι η χρήση κάνναβης πιθανόν να επιδρά συνεργικά με το ιστορικό ΑΨΕΠΗ στην εκδήλωση ψύχωσης.^(113,114)

1.6.1. Η σχέση των ΑΨΕΠΗ με την ψυχωσική συμπτωματολογία

Από τα αποτελέσματα της έρευνας πάνω στους ψυχολογικούς μηχανισμούς, που είναι υπεύθυνοι για τις ακουστικές ψευδαισθήσεις και τις παραληρητικές ιδέες δίωξης, έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι, τουλάχιστον σε κάποιο βαθμό, ίσως υφίσταται μια κατά κάποιον τρόπο εξειδίκευση στην εμφάνιση των παραπάνω συμπτωμάτων σε σχέση με τους διαφορετικούς τύπους ΑΨΕΠΗ.⁽¹¹⁵⁾ Επιπλέον, ενδέχεται οι επιπτώσεις των διαφορετικών τύπων ΑΨΕΠΗ στη συμπτωματολογία να διαφέρουν από άτομο σε άτομο, χωρίς αυτό να αποκλείει το ότι τα συμπτώματα είναι δυνατό να αλληλοϋπερκαλύπτονται. Αυτή η

διαφοροποίηση των συμπτωμάτων ίσως εξηγείται από τα διαφορετικά δυναμικά που διαφορετικές νοητικές διαδικασίες αναπτύσσουν και που πιθανόν να είναι ειδικές ως επιπτώσεις σε κάποιους τύπους ΑΨΕΠΗ.^(115,116)

Έτσι, οι παραληρητικές ιδέες πιθανόν να συσχετίζονται με την “υπεραντιμετώπιση” μιας κοινωνικής απειλής, η οποία τείνει να αποδίδει την αιτία των αρνητικών εμπειριών στις πράξεις των άλλων σαν συνέπεια της πρώιμης διαταραχής της προσκόλλησης και των εμπειριών της θυματοποίησης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, πράγματι οι παραληρητικές ιδέες περισσότερο προκύπτουν σε πλαίσιο ανασφαλούς προσκόλλησης,⁽¹¹⁷⁾ διακρίσεων⁽¹¹⁸⁾ και εμπειριών, στο οποίο το άτομο ήταν ανίσχυρο και απελπισμένο.⁽¹¹⁹⁾ Στην περίπτωση των ψευδαισθήσεων έχει διατυπωθεί η υπόθεση⁽¹²⁰⁾ ότι μια σοβαρή κακοποίηση, όπως η σεξουαλική κακοποίηση, βλάπτει τις διαδικασίες της αντίληψης, όπως αυτές αξιολογούνται με την δοκιμασία παρακολούθησης της πηγής ενός ερεθίσματος και που είναι απαραίτητες στη διάκριση μεταξύ σκέψεων και αντίληψης εξωτερικών ερεθισμάτων. Με βάση αυτή τη υπόθεση, οι Shevlin et al⁽¹²¹⁾ βρήκαν μια σχέση δόσης-απάντησης (dose-response) μεταξύ της σεξουαλικής κακοποίησης και του κινδύνου για ψευδαισθήσεις στην ενήλικη ζωή. Οι Varese et al⁽¹²²⁾ σύγκριναν τρεις ομάδες ψυχιατρικών ασθενών: ασθενείς με ενεργείς ψευδαισθήσεις, με ψευδαισθήσεις σε ύφεση και χωρίς ψευδαισθήσεις και βρήκαν ότι τα ελλείμματα στη διαδικασία παρακολούθησης της πηγής ενός ερεθίσματος ήταν τα ίδια στους ασθενείς με ενεργείς ψευδαισθήσεις με αυτούς με ψευδαισθήσεις σε ύφεση και οι αποσυνδεδετικές (διασχιστικές) εμπειρίες ήταν ο παράγοντας διαμεσολάβησης στη σχέση της παιδικής κακοποίησης με τις ψευδαισθήσεις. Τα ευρήματα αυτά προτείνουν ότι ο συνδυασμός ελλειμμάτων στις νοητικές διαδικασίες της αντίληψης και αποσυνδεδετικών συμπτωμάτων, που συνδέονται με σοβαρή κακοποίηση, θα μπορούσε να είναι ένα σημαντικό μονοπάτι προς την εκδήλωση ακουστικών ψευδαισθήσεων. Πέρα από την ‘εξειδίκευση’ των θετικών ψυχωσικών συμπτωμάτων με διαφορετικού τύπου ΑΨΕΠΗ, υπάρχουν αναφορές για συσχετίσεις με ΑΨΕΠΗ αρνητικών ψυχωσικών

συμπτωμάτων, καθώς και συμπτωμάτων γενικής ψυχοπαθολογίας σε ψυχωσικούς ασθενείς με ιστορικό ΑΨΕΠΗ. Η συναισθηματική και σωματική παραμέληση των αναγκών του παιδιού έχει συσχετιστεί με αρνητικά συμπτώματα,^(115,123-124) καθώς και με σοβαρά συμπτώματα άγχους, ευερεθιστότητας, κατάθλιψης και ιδεών ενοχής.⁽¹²⁵⁻¹²⁷⁾ Ωστόσο, στη συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας σχετικά με την διαφοροποίηση της επίπτωσης διαφορετικών τύπων ΑΨΕΠΗ σε θετικά ψυχωσικά συμπτώματα (παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις), αρνητικά ψυχωσικά συμπτώματα και συμπτώματα γενικής ψυχοπαθολογίας, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι συχνά τόσο οι τύποι των ΑΨΕΠΗ ως πιθανή αιτία, όσο και τα διάφορα ψυχωσικά συμπτώματα ως πιθανή επίπτωση συνυπάρχουν.^(109,115)

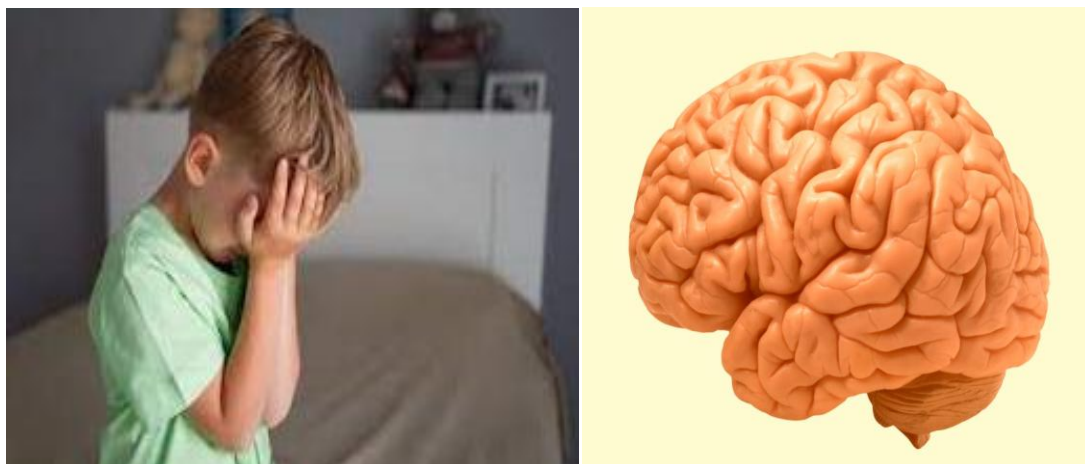
1.6.2. Η σχέση των ΑΨΕΠΗ με τις νοητικές λειτουργίες

Τόσο σε ζώα όσο και σε ανθρώπους η έκθεση σε τραυματικό ερέθισμα από έντονα στρεσογόνο γεγονός μπορεί να προκαλέσει εμμένουσες βλάβες στη λειτουργία του εγκεφάλου, όταν αυτό συμβεί κατά τις περιόδους μεγάλης ανάπτυξης της νευροπλαστικότητας. Πράγματι, σειρά αποτελεσμάτων που προκύπτουν από ερευνητικές εργασίες αναφέρουν ότι οι ΑΨΕΠΗ έχουν σοβαρές επιπτώσεις στις νευρονοητικές λειτουργίες σε άτομα, για τα οποία δεν αναφέρεται κάποια ψυχική διαταραχή^(128,129).

Οι διαταραχές που προκαλούνται από τις ΑΨΕΠΗ σε σημαντικές για την προσαρμογή νευρονοητικές λειτουργίες, όπως η ενεργός μνήμη, η προσοχή, η ταχύτητα επεξεργασίας των δεδομένων, η αιτιολόγηση και οι εκτελεστικές λειτουργίες πιθανόν να αυξάνουν σημαντικά τα επίπεδα χρόνιου στρες.^(130,131)

Κατά ανάλογο τρόπο οι ΑΨΕΠΗ έχει αναφερθεί ότι προσβάλλουν και άλλες νοητικές λειτουργίες, που αφορούν την κοινωνική επικοινωνία (social cognition), όπως την αποθήκευση, επεξεργασία και αποκωδικοποίηση της πληροφορίας σχετικά με τα

συναισθήματα και την συμπεριφορά των ανθρώπων του περιβάλλοντος τους.^(132,133) Τα ευρήματα διαταραχής των κοινωνικών νοητικών λειτουργιών σε άτομα με ΑΨΕΠΗ έχουν αποδοθεί στην πρώιμη στέρηση των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, την αποδιοργάνωση του μηχανισμού της προσκόλλησης και τις νοητικές προκαταλήψεις σε συμπεράσματα. (cognitive bias)^(124,134,135)



Οι επιπτώσεις των ΑΨΕΠΗ στις νευρονοητικές λειτουργίες θα μπορούσαν από παθολογοφυσιολογικής άποψης να εξηγηθούν από μία αποδιοργάνωση του άξονα Υποθάλαμος-Υπόφυση-Επινεφρίδια, πού προκαλείται από το χρόνια στρες, η οποία μέσω των υποδοχέων των γλυκοκορτικοειδών μπορεί να μειώνει την νευρογένεση στον ιππόκαμπο οδηγώντας σε μειωμένη νευρονοητική λειτουργία. (Read et al., 2014)⁽¹³⁶⁾ Επιπλέον οι ΑΨΕΠΗ πιθανολογείται ότι συμμετέχουν σε λειτουργικές διαφοροποιήσεις περιοχών του εγκεφάλου, όπως η κροταφοβρεγματική σύνδεση, ο οπίσθιος φλοιός του προσαγωγίου και ο ραχιαίος προμετωπιαίος φλοιός, οι οποίες θεωρούνται σημαντικές στην νοητική κατάσταση που αφορά την επεξεργασία δεδομένων που προκύπτουν από ερεθίσματα και οδηγούν στην εξαγωγή συμπερασμάτων.⁽¹³⁷⁾ Το στρες και οι νοητικές λειτουργίες (cognition) στις διαταραχές του ψυχωσικού φάσματος είναι υψηλοί προβλεπτικοί παράγοντες της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας. Τα ελλείμματα σε αυτές τις λειτουργίες συχνά προηγούνται της εκδήλωσης των συμπτωμάτων

και παραμένουν σχετικά σταθερά σε όλη την πορεία μιας ψυχωσικής διαταραχής και έτσι μπορούν να δώσουν σημαντικές πληροφορίες για την κατανόηση της αιτιοπαθολογίας της στη μελέτη του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου.⁽¹³⁸⁾ Όπως αναφέρθηκε, το χρόνιο στρες έχει επιπλέον συνδεθεί με νευρονοητική (neurocognitive) δυσλειτουργία που εξελίσσεται στη διάρκεια της ζωής ατόμων με ΑΨΕΠΗ. Οι επιπτώσεις των ΑΨΕΠΗ στη συναισθηματική, νοητική, κοινωνική λειτουργία, καθώς και στη λειτουργία ανάληψης ρόλων, έχει συνδεθεί επιδημιολογικά με αύξηση του κινδύνου για ανάπτυξη ψυχωσικών συμπτωμάτων. Σε μελέτη⁽¹³⁹⁾ φάνηκαν χειρότερες νοητικές επιδόσεις σε άτομα με ιστορικό ΑΨΕΠΗ και πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο. Η υπόθεση αυτής της μελέτης στηρίχτηκε σε προηγούμενα ευρήματα σύμφωνα με τα οποία οι ψυχωσικοί ασθενείς με ιστορικό ΑΨΕΠΗ έχουν χειρότερη πρόγνωση⁽¹⁴⁰⁾ και στο τραυματικό νευροαναπτυξιακό μοντέλο,^(92,136) σύμφωνα με το οποίο τα νοητικά ελλείμματα συνδέονται με σοβαρή απορύθμιση του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων, η οποία προκαλεί δομικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο. Στην απεικόνιση του εγκεφάλου με MRI βρέθηκε μικρότερος όγκος αμυγδαλής στους ασθενείς με ιστορικό ΑΨΕΠΗ σε σχέση με την ομάδα ελέγχου και μάλιστα ο όγκος της αμυγδαλής ήταν σημαντικά μικρότερος σε αυτούς που είχαν ιστορικό σοβαρής και συνεχούς κακοποίησης. Η μελέτη κατέληξε τελικά σε συμπέρασμα που υποστηρίζει τον διαμεσολαβητικό ρόλο της δομικής βλάβης στην αμυγδαλή στην διαδρομή από τις ΑΨΕΠΗ στα νοητικά ελλείμματα και την κατάθλιψη. Επιπλέον έχει αναφερθεί διαφοροποίηση και εξειδίκευση των τύπων του παιδικού τραύματος σε σχέση με τις νοητικές επιπτώσεις και τις διαγνώσεις του ψυχωσικού φάσματος, όπου η συναισθηματική κακοποίηση και παραμέληση συσχετίστηκε με διαταραχές της διάθεσης ενώ η σωματική κακοποίηση με σχιζοφρένεια.⁽¹⁴¹⁾ Όσον αφορά τα ψυχωσικά συμπτώματα έχει βρεθεί ισχυρή συσχέτιση των νευρονοητικών και κοινωνικών νοητικών ελλειμμάτων με αποδιοργάνωση συμπεριφοράς και με αρνητικά ψυχωσικά συμπτώματα, ενώ η συσχέτιση με τα θετικά συμπτώματα ήταν λιγότερο ισχυρή.^(130,142,143)

Η πιθανή προδιάθεση γενετικών παραγόντων κινδύνου τόσο σε παιδικό ψυχικό τραύμα, όσο και σε νοητικά ελλείμματα στην ψύχωση, έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον της έρευνας με την εφαρμογή των μελετών δοκιμής σε υποψήφια γονιδια που πιθανόν να συνδέονται με αυτές τις καταστάσεις. Οι λειτουργικοί πολυμορφισμοί του γονότυπου της κατεχολ-Ο-μεθυλτρανσφεράσης⁽¹⁴⁴⁾, το γονίδιο FKBP5 υπεύθυνο για τη πρωτεΐνη σύνδεσης 5 του ρυθμιστή υποδοχέα γλυκοκορτικοειδών FK506⁽¹⁴⁵⁾ και ο πολυμορφισμός Val66Met του παράγοντα BDNF⁽¹⁴⁶⁾ έχουν συσχετιστεί με νοητικά ελλείμματα σε άτομα με ιστορικό ΑΨΕΠΗ. Σύμφωνα με τους Germeys και van Os (2007) υπάρχουν δεδομένα που καταδεικνύουν ότι η έκθεση σε ΑΨΕΠΗ σχετίζεται με αυξημένη ευαισθησία στο στρες. Ωστόσο, η αυξημένη αυτή ευαισθησία στο στρες σε άτομα με γενετική ευαλωτότητα για ψύχωση βρέθηκε να είναι ανεξάρτητη της παρουσίας συγκεκριμένων νοητικών ελλειμμάτων. Αυτό έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, γιατί αυτά τα συγκεκριμένα νοητικά ελλείμματα είναι ένας ενδιάμεσος φαινότυπος που συσχετίζεται με γενετικά υψηλό κίνδυνο για σχιζοφρένεια. Έτσι πιθανολογήθηκε η ύπαρξη δύο διαφορετικών μονοπατιών στην ψύχωση, ενός που δεν σχετίζεται με το στρες και ενός, του συναισθηματικού (affective pathway to psychosis), που εξαρτάται από την ευαισθησία στο στρες και πιθανόν προκαλείται από ΑΨΕΠΗ.^(131,147,148) Έχει υποστηριχτεί ότι η νοητική λειτουργία ασθενών σε ύψηλο κίνδυνο για ψύχωση (ultra high risk) και πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο εμφανίζει ελλείμματα σε σχέση με τους μάρτυρες και τα ελλείμματα αυτά γίνονται περισσότερο σοβαρά μετά από τρία χρόνια νόσησης.⁽¹⁴⁹⁾ Η άποψη αυτή έχει ενισχύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών για τον ρόλο των ΑΨΕΠΗ στην νοητική έκπτωση των ασθενών με FEP και τον πιθανό διαμεσολαβητικό τους ρόλο. Ωστόσο, σύμφωνα με πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μεταανάλυση⁽¹⁵⁰⁾ εκτός από την παρακολούθηση της πηγής εξωτερικού ερεθίσματος, καμία άλλη συσχέτιση ΑΨΕΠΗ και νοητικών προκαταλήψεων δεν βρέθηκε σε πληθυσμούς ψυχωσικών ασθενών. Οι Sideli et al 2014⁽¹⁵¹⁾ δεν βρήκαν αποτελέσματα συσχέτισης ΑΨΕΠΗ και νοητικών λειτουργιών, ενώ στα συμπεράσματα μελέτης βρέθηκε

ότι ίσως το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο, δεδομένου του ότι στους άνδρες τα αποτελέσματα έδειξαν διαμεσολαβητικό ρόλο νοητικών ελλειμμάτων στη σχέση ΑΨΕΠΗ και ψύχωσης⁽¹⁵²⁾. Τέλος σύμφωνα με πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μεταανάλυση⁽¹⁵³⁾ σε άτομα με ψυχωσικές διαταραχές υπάρχει μικρή στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση των νοητικών λειτουργιών στο σύνολό τους με την παρουσία ΑΨΕΠΗ στο ιστορικό των ασθενών. Η συσχέτιση αυτή, ωστόσο είναι λιγότερο ισχυρή στον πληθυσμό των ψυχωσικών ασθενών συγκριτικά με το πληθυσμό των υγείων ατόμων.

1.6.3. Η σχέση των ΑΨΕΠΗ με την προνοσηρή ικανότητα προσαρμογής

Τις τελευταίες δεκαετίες η νευροαναπτυξιακή θεωρία είναι προεξέχουσα στην προσπάθεια κατανόησης της αιτιοπαθογένειας της σχιζοφρένειας, υποστηρίζοντας ότι η εμφάνιση αλλοιώσεων στον εγκέφαλο στα πρώτα στάδια της ανάπτυξης προβλέπει υψηλό κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.⁽¹⁵⁴⁻¹⁵⁶⁾

Οι αλλοιώσεις αυτές πιθανόν να προκαλούνται από γενετικούς ή/και περιβαλλοντικούς παράγοντες.⁽¹⁵⁷⁾ Η λειτουργικότητα ενός ατόμου στις κοινωνικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες στην παιδική ηλικία, την εφηβεία και την πρώτη ενηλικίωση έχει προκαλέσει έντονα το ενδιαφέρον των ερευνητών, δεδομένου του ότι ελλείμματα στην ικανότητα προσαρμογής στις λειτουργίες αυτές έχουν αναφερθεί από μελέτες ότι συσχετίζονται με πρόδρομα σημεία εκδήλωσης ψύχωσης⁽¹⁵⁸⁾ και με υψηλό κίνδυνο μετάπτωσης της προδρομικής συνδρομής σε πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο.⁽¹⁵⁹⁾

Η αξιολόγηση της προνοσηρής ικανότητας προσαρμογής (Premorbid Adjustment) θα μπορούσε να θεωρηθεί ένας αξιόπιστος δείκτης ελέγχου των υποθέσεων, οι οποίες βασίζονται στη νευροαναπτυξιακή θεωρία και ελλείμματα στη προνοσηρή ικανότητα προσαρμογής έχουν εκτενώς αναφερθεί σε ενήλικες ασθενείς με σχιζοφρένεια,⁽¹⁶⁰⁻¹⁶⁵⁾ διπολική διαταραχή,^(164,165) καθώς και σε ασθενείς με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο.^(166,167) Τα

ελλείμματα, κυρίως στη κοινωνική ικανότητα προσαρμογής,⁽¹⁶⁸⁾ μεταξύ ασθενών με ψύχωση του σχιζοφρενικού φάσματος πιθανόν να αντιπροσωπεύουν έναν αξιόπιστο προγνωστικό δείκτη για επίμονα αρνητικά συμπτώματα⁽¹⁶⁹⁾, νοητική δυσλειτουργία⁽¹⁷⁰⁾, και μείωση της ανταπόκρισης στη θεραπεία.^(167,171-172)

Το τραυματογενές νευροαναπτυξιακό μοντέλο (Traumagenic Neurodevelopmental model, Read, Perry, Moskowitz, & Connelly, 2001)^(92,136) θεωρεί ότι οι ΑΨΕΠΗ πιθανόν να είναι αιτίες διαταραχής της νευροανάπτυξης και να οδηγούν σε ψύχωση. Πράγματι υπάρχουν ενδείξεις ότι η παθολογική αλλοίωση στον άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια με την αποδιοργάνωση του ανοσολογικού συστήματος και η υψηλή απαντητικότητα στο στρες που προκαλούνται από τις ΑΨΕΠΗ προσομοιάζει με αυτή που έχει παρατηρηθεί σε μεγάλο ποσοστό ψυχωσικών ασθενών. Η αυξημένη έκθεση στο στρες έχει αναφερθεί ότι συνδέεται με νοητικά σχήματα εχθρικά προς το περιβάλλον, νοητικές προκαταλήψεις, καθώς και με απορρύθμιση της χημικής ισορροπίας του συστήματος ντοπαμίνης.^(136,173)

Με δεδομένες τις αναφορές ότι η παρουσία ΑΨΕΠΗ πέρα από τον κίνδυνο εμφάνισης ψύχωσης, συσχετίζεται με δυσμενέστερη πρόγνωση,^(136,140) το ενδιαφέρον για την έρευνα έχει στραφεί στους μηχανισμούς, με τους οποίους παρεμβαίνουν οι ΑΨΕΠΗ στην ανάπτυξη του ατόμου με βάση τη νευροαναπτυξιακή θεωρία. Οι ΑΨΕΠΗ είναι πολύ πιθανό ότι στα άτομα που εμφανίζουν ψύχωση προκαλούν, μεταξύ άλλων, σημαντικές διαταραχές στη προνοσηρή ικανότητα προσαρμογής σε εκπαιδευτικές και κοινωνικές δραστηριότητες. Αναλύσεις δεδομένων από τους Conus et al που εκτιμήθηκαν αναδρομικά σε 658 ασθενείς που διαγνώστηκαν με "πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο" αναφέρουν ότι το 34% είχε υποστεί σεξουαλική ή/και σωματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία και ότι οι ασθενείς αυτοί έχουν φτωχότερη προνοσηρή προσαρμογή και λειτουργικότητα.⁽¹⁷⁴⁾ Οι Tikka et al⁽¹⁷⁵⁾ αξιολόγησαν 20 ασθενείς σε λίαν υψηλό κίνδυνο για ψύχωση και 30 ασθενείς χωρίς ψυχοπαθολογία σαν ομάδα ελέγχου. Η προνοσηρή ικανότητα προσαρμογής ήταν

φτωχότερη στους ασθενείς με ΑΨΕΠΗ και η προνοσηρή ικανότητα προσαρμογής ήταν φτωχότερη στους ασθενείς από την ομάδα ελέγχου. Πιο συγκεκριμένα, η συναισθηματική κακοποίηση συσχετίστηκε σημαντικά με πτωχή προνοσηρή προσαρμογή στην εφηβεία και η συνολική ποσοτική εκτίμηση των ΑΨΕΠΗ με φτωχή συνολικά χαμηλή προνοσηρή ικανότητα προσαρμογής. Οι Stain et al⁽¹⁷⁶⁾ διερεύνησαν ειδικά την σχέση ΑΨΕΠΗ και κοινωνικής λειτουργικότητας σε 223 ασθενείς με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο και έχουν αναφέρει ότι οι ΑΨΕΠΗ συσχετίζονται σημαντικά με φτωχότερη προνοσηρή κοινωνική προσαρμογή στην παιδική ηλικία, την πρώτη και την ύστερη εφηβεία. Οι Alameda et al⁽¹⁷⁷⁾ διερεύνησαν σε 225 ασθενείς με πρώιμη ψύχωση την σχέση της παιδικής κακοποίησης με τις λειτουργικές επιπτώσεις της ψύχωσης. Βρέθηκε ότι η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση συσχετίζεται σημαντικά με φτωχή κοινωνική λειτουργικότητα στην πρώτη εφηβεία και ότι η ηλικία έκθεσης στο πρώτο ψυχικό τραύμα συσχετίζεται σημαντικά με την πορεία της κοινωνικής λειτουργικότητας κατά την παρακολούθηση (follow up). Οι Killian et al 2017⁽¹⁷⁸⁾ επιβεβαίωσαν τη αρνητική συσχέτιση ΑΨΕΠΗ και προνοσηρής ικανότητας προσαρμογής σε δείγμα ασθενών και διερεύνησαν αν υπάρχει διαφοροποίηση στην επίπτωση πάνω στην εκπαιδευτική και την κοινωνική ικανότητα προσαρμογής από διαφορετικά είδη ΑΨΕΠΗ. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν μία μάλλον γενική παρά ειδική σχέση που αφορά τη νευροανάπτυξη και που επηρεάζει την εκπαιδευτική και την κοινωνική προνοσηρή ικανότητα προσαρμογής τόσο κατά την διάρκεια της πρώιμης όσο και της όψιμης εφηβείας υποστηρίζοντας ένα σύνθετο συνδυασμό παραγόντων και πιθανά διαφορετικά μονοπάτια στην ψύχωση.

1.6.4. ΑΨΕΠΗ και γενετικός παράγοντας κινδύνου για ψύχωση

Οι Trotta και συν.⁽¹⁷⁹⁾ μελέτησαν τις συσχετίσεις μεταξύ των πολυγονιδιακών αποτελεσμάτων-παραγόντων κινδύνου για ψύχωση (PRS, polygenic risk scores) των ΑΨΕΠΗ και την εκδήλωση ψύχωσης σε δείγμα ασθενών με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο και σε

δείγμα ατόμων που δεν νοσούν. Γνωρίζοντας ότι διαφορετικοί τύποι ΑΨΕΠΗ σχετίζονται με εμφάνιση ψύχωσης και τα PRS αφορούν το 9% των ψυχωτικών διαταραχών, υπέθεσαν ότι συνεχής και επαναλαμβανόμενη έκθεση σε ΑΨΕΠΗ είναι ένας παράγοντας διαμεσολάβησης μεταξύ P.R.S. για σχιζοφρένια και εκδήλωσης πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου. Ωστόσο, η μελέτη έδειξε ότι η επίδραση του πολυγονιδιακού παράγοντα κινδύνου στην ψύχωση δεν αυξανόταν σε άτομα με έκθεση σε ΑΨΕΠΗ και επομένως σε ένα υποτιθέμενο αιτιοπαθολογικό μοντέλο η γενετική προδιάθεση και η έκθεση σε Α.Ψ.Ε.Π.Η. επιδρούν μάλλον ανεξάρτητα μεταξύ τους. Τα αποτελέσματα όμως από την μελέτη EUGEI,⁽¹⁸⁰⁾ σε μεγαλύτερο πληθυσμό κατέδειξαν σαφή γενετικό παράγοντα μεταξύ των περιβαλλοντικών παραγόντων, που αφορούν τις ΑΨΕΠΗ και τη χρήση κάνναβης, και της εκδήλωσης ψύχωσης. Σύμφωνα με την μελέτη EUGEI τα πολυγονιδιακά αποτελέσματα, παραγόντων κινδύνου για σχιζοφρένια (P.R.S. polygenic risk scores-SCZ₇₅) και η έκθεση στους παραπάνω περιβαλλοντικούς παράγοντες φαίνεται ότι δρουν κατά κάποιο τρόπο συνεργικά, που σημαίνει ότι η συνδυασμένη επίδρασή τους είναι μεγαλύτερη από το άθροισμα των επιδράσεων των δύο παραγόντων ανεξάρτητα.

1.6.5. Παράγοντες διαμεσολάβησης μεταξύ ΑΨΕΠΗ και εκδήλωσης πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου

Με βάση τα μέχρι σήμερα δεδομένα οι ερευνητές έχουν καταδείξει τον μεγαλύτερο κίνδυνο για την εκδήλωση ψύχωσης των ατόμων με ιστορικό ΑΨΕΠΗ⁽⁴⁴⁾, όπως και την επιβάρυνση της πρόγνωσης της ψύχωσης στους ασθενείς αυτούς.^(136,140) Η κατανόηση των παθολογικών καταστάσεων στην διαδρομή από τις ΑΨΕΠΗ στην ψύχωση θα μπορούσε να βοηθήσει στην έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση και ενδεχομένως σε καλύτερη θεραπευτική εξέλιξη.

Αρκετές έρευνες έχουν υποστηρίξει την συσχέτιση της φαινομενολογίας τύπου διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD-type phenomena) με τα ψυχωσικά συμπτώματα σε άτομα με διαταραχές του σχιζοφρενικού φάσματος.⁽¹⁸¹⁻¹⁸³⁾ Κατά την έκθεση του ατόμου στην ΑΨΕΠΗ

το στρες ίσως να προκαλεί αλλαγές στις λειτουργίες επεξεργασίας της πληροφορίας στον εγκέφαλο. Οι ψυχολογικές λειτουργίες, οι οποίες έχει πιθανολογηθεί ότι διαμεσολαβούν μεταξύ ΑΨΕΠΗ και εμφάνισης ψυχωσικών συμπτωμάτων είναι η αποσύνδεση (διάσχιση-dissociation), η υπερδιέγερση (hyperarousal), η αποφυγή (avoidance) και η αστάθεια του συναισθήματος (mood instability).⁽¹⁸⁴⁾

Η αποσύνδεση (διάσχιση) είναι ένας γενικός όρος που συμπεριλαμβάνει την αποπραγματοποίηση, την αποπροσωποποίηση, και την περιχαράκωση (compartmentalization) με απόκρυψη σκέψεων και συναισθημάτων.⁽¹⁸⁵⁾ Η αποσύνδεση έχει θεωρηθεί ως ένας προσαρμοστικός μηχανισμός σαν φυσιολογική απάντηση σε οξύ στρες. Ωστόσο, στις ΑΨΕΠΗ φαίνεται ότι η αποσύνδεση παρεμβαίνει στην κωδικοποίηση του υλικού της μνήμης και της αντίληψης και τα παραβιάζει την ποιότητά τους.^(186,187) Οι μνήμες του γεγονότος, που προκάλεσε το πολύ μεγάλο στρες, σημασιοδοτούνται με ελλείμματα στα δεδομένα αντίληψης του χωροχρόνου. Η ανάκληση των προβληματικών στην απαρτίωσή τους μνημών γύρω από την ΑΨΕΠΗ θα μπορούσε να είναι υπόστρωμα των ακουστικών ψευδαισθήσεων.^(188,189)

Η ευερεθιστότητα (hyperarousal) και η αποφυγή (avoidance) αναφέρονται ότι αυξάνουν την ευαλωτότητα στην ψύχωση με τάση εμφάνισης παράνοιας μέσω της υπερβολικής ετοιμότητας για αντιμετώπιση των καταστάσεων στρες.⁽¹⁹⁰⁾

Ένας άλλος μεσολαβητικός παράγοντας από τις ΑΨΕΠΗ στην εκδήλωση ψύχωσης που έχει απασχολήσει την έρευνα είναι τα νοητικά σχήματα (schemata) δηλαδή οι νοητικές κατασκευές εννοιών που εμπεδώθηκαν μέσω της ψυχοτραυματικής εμπειρίας. Αυτές οι αρνητικές πεποιθήσεις αφορούν τον εαυτό και τους άλλους και κινούνται στην κατεύθυνση ότι «το περιβάλλον είναι επικίνδυνο» και το άτομο αδυνατεί να το διαχειριστεί. Αυτά τα σχήματα φαίνεται να επηρεάζουν τις ψυχικές λειτουργίες τροφοδοτώντας το περιεχόμενο των παραληρητικών ιδεών και των ακουστικών ψευδαισθήσεων⁽¹⁹¹⁾⁽¹⁹²⁾⁽¹⁹³⁾ και οδηγούν σε

λειτουργική κοινωνική έκπτωση και απομόνωση του ασθενούς, η οποία πιθανόν να ανατροφοδοτεί την παρανοϊκότητα μέσω της μείωσης ικανότητας εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων.⁽¹⁹⁴⁾

Πράγματι οι E. Arriah-Kusi et al 2017 αναφέρουν ότι σε δείγμα ασθενών με διάγνωση Λίαν Υψηλού Κίνδυνου για ψύχωση η συναισθηματική παραμέληση συσχετιζόταν σημαντικά με την συμπτωματολογία των ασθενών και στη συσχέτιση αυτή μερικώς μεσολαβούσαν τα αρνητικά σχήματα για τον εαυτό.⁽¹⁹⁵⁾ Ιδιαίτερα η συναισθηματική παραμέληση συσχετιζόταν σημαντικά με την παρανοϊκότητα και στη συσχέτιση αυτή μερικώς μεσολαβούσαν τα αρνητικά σχήματα για τον εαυτό.

Όπως έχει ήδη περιγραφεί στην θεωρία προσκόλλησης, ιδιαίτερη επιβάρυνση έχει θεωρηθεί ότι δημιουργείται, όταν οι ΑΨΕΠΗ προέρχονται από μία φιγούρα προσκόλλησης με επιπλέον δυσκολίες στην ρύθμιση του συναισθήματος και τις διαπροσωπικές σχέσεις.⁽¹⁹⁶⁾ Οι Chatziioannidis et al⁽¹⁹⁷⁾ σε δημοσίευση τους ξεκινώντας από το αναπτυξιακό μοντέλο της θεωρίας της προσκόλλησης (attachment theory) κατέδειξαν ότι οι ασθενείς με διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος αναφέρουν σχέσεις ανασφαλούς προσκόλλησης (insecure attachment) σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι υγιείς μάρτυρες. Οι προέχοντες τύποι προσκόλλησης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της δημοσιευμένης μελέτης, ήταν αυτοί της αγχώδους ενασχόλησης (anxious-preoccupied) και του φόβου-αποφυγής (fearful-avoidant), ενώ η προσκόλληση άγχους και η βαρύτητα της εχθρικής στάσης της μητέρας (mother antipathy) συσχετίστηκαν με την βαρύτητα των ψευδαισθήσεων, οδηγώντας στο συμπέρασμα ότι η αγχώδης προσκόλληση θα μπορούσε να είναι ένας παράγοντας διαμεσολάβησης μεταξύ ΑΨΕΠΗ και εκδήλωσης ψύχωσης.

Τέλος η καταθλιπτική συμπτωματολογία λόγω των μηχανισμών απορύθμισης του άξονα υποθαλάμου υπόφυσης επινεφριδίων, οι οποίοι εκτός από την δράση στον ιππόκαμπο συσχετίζονται με απορρύθμιση του συστήματος ντοπαμίνης, θα μπορούσε να είναι μία

διαμεσολαβητική διαδικασία από τις ΑΨΕΠΗ στην εκδήλωση πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου. Σε συστηματική ανασκόπηση οι Sideli και συν. 2020⁽¹⁹⁸⁾ αναφέρουν ότι τα περισσότερο ισχυρά και αξιόπιστα αποτελέσματα ερευνών υποστηρίζουν τον διαμεσολαβητικό ρόλο των συμπτωμάτων διαταραχής της προσκόλλησης και των συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης. Αυτό υποστηρίζει την υπόθεση ύπαρξης του συναισθηματικού μονοπατιού μεταξύ των ΑΨΕΠΗ και τις εκδήλωσης ψύχωσης, και τα βήματά του μονοπατιού αφορούν όλο το συνεχές από τις υποκλινικές καταστάσεις μέχρι την πλήρη ψυχωσική εκδήλωση. Ωστόσο οι Bloomfield και συν 2021⁽¹⁸⁴⁾ σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μεταανάλυση αναφέρουν ότι με βάση την νευροαναπτυξιακή θεωρία οι ΑΨΕΠΗ που διαταράσσουν την νευροανάπτυξη μπορούν να καταλήξουν σε ψύχωση από περισσότερα από ένα ψυχολογικά μονοπάτια και η παρακολούθηση των ασθενών σε υψηλό κίνδυνο θα πρέπει να περιλαμβάνει εκτός από την ανίχνευση των συναισθηματικών διαταραχών και νοητικών σχημάτων εαυτού και άλλων παραμέτρων που εμπλέκουν την προσκόλληση, τα αποσυνδεδετικά συμπτώματα, τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες και τα νευρονοητικά ελλείμματα.

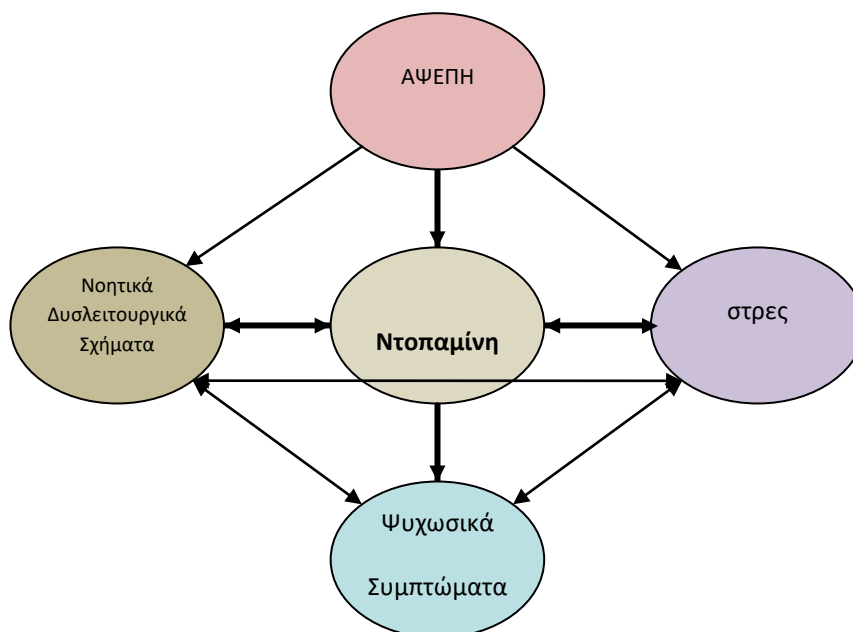
1.7. Νοητικά μοντέλα και ντοπαμινεργική υπόθεση

Τα τελευταία χρόνια τα ήδη περιγραφέντα νοητικά μοντέλα λαμβάνουν σοβαρά υπ' όψιν τις βιολογικές Θεωρίες.^(9,199) Η έρευνα έχει αναδείξει τον ρόλο της ντοπαμίνης στη σημασιοδότηση των ερεθισμάτων(salience of stimuli).⁽²⁰⁰⁾ Η αποδιοργάνωση του ντοπαμινεργικού συστήματος θεωρείται ότι έχει ως αποτέλεσμα παρεκκλίνουσα λειτουργία της σημασιοδότησης ερεθισμάτων και η νοητική ερμηνεία των υπερβολικά σημασιοδοτούμενων ερεθισμάτων έχει ως αποτέλεσμα τα ψυχωσικά συμπτώματα.

Οι ΑΨΕΠΗ εκτός από τη διαμόρφωση δυσλειτουργικών νοητικών σχημάτων, πυροδοτούν αποδιοργάνωση του συστήματος της ντοπαμίνης. Η αποδιοργάνωση πιθανόν να οφείλεται στο χρόνιο στρες, την συναισθηματική δυσλειτουργία και την επίπτωση του άξονα

υποθάλαμος- υπόφυση- επινεφρίδια οι οποίες προκαλούνται από την έκθεση στην αντιξοότητα. Το δυσλειτουργικό νοητικό σχήμα εξελίσσεται το ίδιο σε ερέθισμα, το οποίο υπερσημασιοδοτείται από το αποδιοργανωμένο σύστημα της ντοπαμίνης και στη συνέχεια ερμηνεύεται ως απειλητικό. Το αποτέλεσμα είναι στρες, το οποίο λειτουργεί αθροιστικά και προκαλεί μεγαλύτερη αποδιοργάνωση του συστήματος της ντοπαμίνης και περισσότερο παρανοϊκή ερμηνεία. Αυτός ο φαύλος κύκλος και με δεδομένο το ρόλο του συστήματος της ντοπαμίνης και του νεοραβδωτού σώματος στη διαμόρφωση του εθισμού. Επιπλέον, η αύξηση της διεγερσιμότητας προς απελευθέρωση ντοπαμίνης θα μπορούσε, όπως αναφέρουν ερευνητές, να επηρεάσει και την υποκειμενική διάκριση των εσωτερικών από τα εξωτερικά αντιληπτικά ερεθίσματα και το άτομο να αποδίδει εσωτερικά αντιληπτικά ερεθίσματα σε εξωτερικούς παράγοντες οδηγώντας σε ψευδαισθήσεις.⁽²⁰¹⁾

Εικόνα 7. Σχεδιάγραμμα που απεικονίζει τον τρόπο που οι βιολογικές και νοητικές θεωρίες συνθέτουν ένα πιθανό μοντέλο που εξηγεί τη σχέση μεταξύ ΑΨΕΠΗ και ψύχωσης.



(Kosteletos et al 2020)⁽²⁰²⁾

8. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Ο σχεδιασμός της ερευνητικής μελέτης της παρούσας διδακτορικής διατριβής έγινε με σκοπό την διερεύνηση του πιθανολογούμενου ρόλου των διαφόρων ΑΨΕΠΗ ως περιβαλλοντικού παράγοντα κινδύνου στους ασθενείς που εκδηλώνουν Πρώτο Ψυχωσικό Επεισόδιο (First Episode Psychosis F.E.P.) Ως ΑΨΕΠΗ μελετήθηκαν η σεξουαλική κακοποίηση (sexual abuse), η σωματική κακοποίηση (physical abuse), η συναισθηματική κακοποίηση (emotional abuse), η παραμέληση των φυσικών αναγκών του παιδιού (σωματική παραμέληση, physical neglect), η παραμέληση των συναισθηματικών αναγκών του παιδιού (συναισθηματική παραμέληση, emotional neglect) και η θυματοποίηση από τους συντρόφους (εκφοβισμός, bullying). Για να επιτευχθεί ο σκοπός της ερευνητικής μελέτης χρησιμοποιήθηκε σειρά δεδομένων, τα οποία αφορούν την ψυχωσική συμπτωματολογία, την προνοσηρή ικανότητα προσαρμογής, την ικανότητα επιτέλεσης ανώτερων νοητικών λειτουργιών, τα νοητικά σχήματα για τον εαυτό και για τους άλλους, και την κατάθλιψη. Με βάση το σκεπτικό από την έρευνα της βιβλιογραφίας, όπως αυτή παρουσιάστηκε στο κεφάλαιο της Αιτιολογικής Σχέσης των ΑΨΕΠΗ με την Ψύχωση, διατυπώθηκαν οι παρακάτω υποθέσεις:

A. Η πρωταρχική μας υπόθεση είναι ότι οι ΑΨΕΠΗ στους ασθενείς μας με FEP συσχετίζονται θετικά με την θετική ψυχωσική συμπτωματολογία, την αρνητική ψυχωσική συμπτωματολογία, τα συμπτώματα γενικής ψυχοπαθολογίας και το σύνολο των συμπτωμάτων κατά την είσοδο στη μελέτη καθώς και με μειωμένη βελτίωση των αντίστοιχων συμπτωμάτων μετά από ένα μήνα χορήγησης της προβλεπόμενης θεραπείας (treatment as usual).

B. Οι ασθενείς με FEP και ιστορικό ΑΨΕΠΗ έχουν μειωμένη προνοσηρή προσαρμογή (premorbid adjustment) σε σχέση με τους ασθενείς με FEP οι οποίοι δεν έχουν ιστορικό ΑΨΕΠΗ.

Γ. Οι ασθενείς με FEP και ιστορικό ΑΨΕΠΗ έχουν μειωμένη κοινωνική νοητική ικανότητα (social cognition), όπως αυτή αξιολογείται από την αυξημένη προκατάληψη σε βεβιασμένα συμπεράσματα (jumping to conclusion bias) και την μειωμένη ικανότητα αναγνώρισης συναισθημάτων (emotion recognition) σε σχέση με τους ασθενείς οι οποίοι δεν έχουν ιστορικό ΑΨΕΠΗ. Επί πλέον οι ασθενείς με FEP έχουν μειωμένη ικανότητα επιτέλεσης και άλλων ανώτερων πνευματικών λειτουργιών που συμπεριλαμβάνουν την μειωμένη οπτική ρητή μνήμη (visual explicit memory), την μείωση της διαρκούς προσοχής (sustained attention), την μείωση της λεκτικής κατανόησης (verbal comprehension), την έκπτωση της ενεργού μνήμης (working memory), την μείωση της ταχύτητας διεκπεραίωσης (processing speed) και της ικανότητας αιτιολόγησης (perceptual reasoning), πάντα σε σχέση με τους ασθενείς με FEP οι οποίοι δεν έχουν ιστορικό ΑΨΕΠΗ.

Δ. Οι ασθενείς με FEP και ιστορικό ΑΨΕΠΗ έχουν αυξημένα αρνητικά νοητικά σχήματα για τον εαυτό τους και τους άλλους και αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τους ασθενείς με FEP οι οποίοι δεν έχουν ιστορικό ΑΨΕΠΗ. Τα αρνητικά νοητικά σχήματα και η κατάθλιψη είναι παράγοντας διαμεσολάβησης μεταξύ των ΑΨΕΠΗ και των ψυχωσικών συμπτωμάτων.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2. ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

2.1. Κλινικό δείγμα ασθενών. Η μελέτη “Athens FEP study”

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από δείγμα ανδρών και γυναικών του ελληνικού γενικού πληθυσμού ηλικίας από 16 έως 45 ετών, που εμφάνισαν πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο (N=225 Ηλικία: 16-45) στα πλαίσια της μελέτης Athens First-Episode Psychosis (FEP) Study. Η “Athens FEP study” είναι μια ερευνητική μελέτη, η οποία σχεδιάστηκε στην Α ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Πρόκειται για μία τόσο προδρομική όσο και αναδρομική μελέτη παρατήρησης και συλλογής δεδομένων, που διερευνά τους γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι πιθανολογείται ότι επηρεάζουν την ανάπτυξη, την βαρύτητα και την αρχική πορεία του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου. Στη μελέτη συμμετείχαν οι ψυχιατρικές κλινικές 5 νοσοκομείων της Αθήνας: του Αιγινήτειου, του 414 Στρατιωτικού Νοσοκομείου, του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου “Αττικόν”, του Γενικού Νοσοκομείου “Σισμανόγλειο” και του Γενικού Νοσοκομείου “Σωτηρία”. Η έρευνα διενεργήθηκε από ομάδα ειδικά εκπαιδευμένων ερευνητών που περιλάμβανε ψυχιάτρους, νευροψυχολόγους και γενετιστές, οι οποίοι συνεργάστηκαν με τις υποδομές των παραπάνω νοσοκομείων. Οι ερευνητές λειτουργούσαν ανεξάρτητα, ωστόσο στις εβδομαδιαίες συναντήσεις υπήρχε ενημέρωση για την πορεία της έρευνας. Η Έρευνα έχει εγκριθεί από την επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας.⁽²⁰³⁻²⁰⁴⁾ Ασθενείς από τα επείγοντα ψυχιατρικά ιατρεία των προαναφερόμενων νοσοκομείων με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο υποβλήθηκαν αρχικά σε διερευνητική ψυχιατρική συνέντευξη. Όλοι οι συμμετέχοντες ασθενείς ενημερώθηκαν εγγράφως για την μελέτη, έδωσαν την έγγραφη συγκατάθεσή τους, για να συμμετάσχουν και εκδόθηκε για τον καθένα συμμετέχοντα ασθενή κωδικός μελέτης, ώστε να τηρηθεί η ανωνυμία.

Η οργάνωση της μελέτης (Xenaki et al 2020,2022)⁽²⁰³⁻²⁰⁴⁾ έγινε πάνω στη βάση της πρώτης επαφής με το τμήμα επειγόντων των νοσοκομείων. Κριτήριο εισόδου στην μελέτη ήταν η παρουσία πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου σε άνδρες και γυναίκες από 16-45 ετών και η μη λήψη στο παρελθόν αντιψυχωσικής αγωγής ή η λήψη αγωγής για λιγότερο από 2 εβδομάδες, πληρώντας τα κριτήρια του 'ερευνητικού ορισμού' (operational definition) του FEP με βάση τη λήψη αντιψυχωσικής αγωγής, όπως εκτενώς περιγράφηκε στο Γενικό Μέρος.^(18,24,25) Κριτήρια αποκλεισμού από την έρευνα ήταν το ψυχωσικό επεισόδιο να οφείλεται σε ιατρική νόσο ή σε οξεία τοξίκωση, το χαμηλό νοητικό ηλικίο <70 και οι διαταραχές της ανάπτυξης, οι υποουδικές εκδηλώσεις του τύπου Λίαν Υψηλού Κινδύνου για Ψύχωση (Van Os and Linscott 2012)⁽²⁰⁵⁾ και η συγγένεια με άτομα που βρίσκονται ήδη στη μελέτη. Όλοι οι συμμετέχοντες εκτιμήθηκαν ως προς την διάγνωση με την συνέντευξη διάγνωσης ψύχωσης DIP (Diagnostic Interview for Psychosis, Castle et al 2006).⁽²⁰⁶⁾ Το κλινικό δείγμα συλλέχτηκε από τον Μάρτιο του 2015 μέχρι το Μάρτιο του 2020. Από τα 279 άτομα που κρίθηκαν κατάλληλα για την είσοδό τους στη μελέτη συμπεριλήφθησαν τελικά τα 225. Οι συνεντεύξεις και η συλλογή των δεδομένων έγινε από ειδικούς ψυχιάτρους και νευροψυχολόγους, οι οποίοι είχαν εκπαιδευτεί από πιστοποιημένους εκπαιδευτές στην εφαρμογή των εργαλείων εκτίμησης. Σε ειδικές συναντήσεις (expert consensus meetings) οι επιστημονικοί επιβλέποντες της μελέτης μαζί με τους ερευνητές συσχέτισαν την κάθε περίπτωση με μία διάγνωση σύμφωνα με το ICD-10 (World Health Organization, 1992),⁽²⁰⁷⁾ το DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000)⁽³¹⁾ και το DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).⁽²⁰⁸⁾ Οι διαγνώσεις καθορίζονταν μετά από ένα μήνα από την πρώτη επαφή και μετά από ένα χρόνο κλινικής παρακολούθησης. Τα εργαλεία ψυχομετρικής εκτίμησης τα οποία χρησιμοποιήθηκαν ήταν συμβατά με αυτά που έχουν χρησιμοποιηθεί από το ευρωπαϊκό δίκτυο των εθνικών προγραμμάτων μελέτης της αλληλεπίδρασης των γενετικών με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες στην εκδήλωση ψύχωσης (European Genes Environment Interaction-EUGEI study) (Erzin et al 2021).⁽²⁰⁹⁾

2.2. Ψυχομετρικά εργαλεία αξιολόγησης των Αντίξων Ψυχοτραυματικών Εμπειριών Παιδικής Ηλικίας

Ο Bernstein και οι συνεργάτες του⁽²¹⁰⁾ δημιούργησαν το Ερωτηματολόγιο Ψυχικού Τραύματος (Childhood Trauma Questionnaire-CTQ), ένα εργαλείο καταγραφής από τον ίδιο τον ασθενή των ΑΨΕΠΗ, με σκοπό την αξιόπιστη και έγκυρη αξιολόγησή τους. Το CTQ αποτελείται στην αρχική του μορφή από 70 λήμματα και χρησιμοποιεί λήμματα με διαβάθμιση τύπου Likert, ώστε να δημιουργηθούν κλίμακες για τις διαστάσεις των ΑΨΕΠΗ ενισχύοντας την αξιοπιστία και αυξάνοντας έτσι τη στατιστική ισχύ. Cut off points μπορούν να χρησιμοποιηθούν στις επιμέρους διαμορφωνόμενες κλίμακες, ώστε να ανιχνευτούν άτομα με ιστορικό κακοποίησης και παραμέλησης. Παραγοντικές αναλύσεις απέδωσαν 5 επί μέρους παράγοντες: την σωματική κακοποίηση, την σεξουαλική κακοποίηση, την συναισθηματική κακοποίηση, την σωματική παραμέληση και την συναισθηματική παραμέληση. (Bernstein, Ahluvalia, Pogge, & Handelsman, 1997).⁽²¹¹⁾ Η αρχική έκδοση του CTQ απαιτούσε τουλάχιστον 15 λεπτά για να συμπληρωθεί και στην πράξη θεωρήθηκε δύσχρηστο για πλαίσια πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και έρευνες που περιλαμβάνουν πολλές κλίμακες. Έτσι έχει δημιουργηθεί μια σύντομη μορφή του CTQ που δεν χρειάζεται παραπάνω από πέντε λεπτά για να συμπληρωθεί και να διερευνήσει το ιστορικό ΑΨΕΠΗ τόσο σε κλινικά όσο σε και σε μη κλινικά δείγματα πληθυσμού. Τα λήμματα που έδιναν ψηλά αποτελέσματα σε πολλούς παράγοντες παραλήφθηκαν και από τα αρχικά 70 λήμματα έμειναν 25 κλινικά και 3 λήμματα ελέγχου εγκυρότητας. Ο έλεγχος της συντομευμένης μορφής (CTQ-SF) σε 4 δείγματα πληθυσμού έχει δείξει ότι ουσιαστικά μπορεί να εκπληρώσει τους ίδιους σκοπούς με την αρχική.⁽²¹²⁾ Η συντομευμένη μορφή (CTQ-SF) χορηγήθηκε από την μελέτη του Ευρωπαϊκού δικτύου εθνικών μελετών αλληλεπίδρασης γονιδίων περιβάλλοντος (EUGEI) μεταφράστηκε στα Ελληνικά και η δοκιμασία test-retest κατέδειξε την αξιοπιστία και εγκυρότητά της σε ελληνικό δείγμα πληθυσμού (Kollias et al 2022)⁽²¹³⁾ Οι 5 διαστάσεις του CTQ-SF αποτελούν κλίμακες τύπου Likert και τα cut offs

επιτρέπουν εκτός από την ποσοτική και την ποιοτική αξιολόγηση των αντιστοιχών σε αυτές ΑΨΕΠΗ. Για την εκτίμηση του εκφοβισμού (Bullying) χρησιμοποιήθηκε στην μελέτη ανεξάρτητο ερωτηματολόγιο, που χορηγήθηκε από την EUGEI και μεταφράστηκε στα ελληνικά, το οποίο καταγράφει την εμπειρία εκφοβισμού (Erzin et al 2020) ⁽²⁰⁹⁾ Τα δεδομένα προκύπτουν από κλίμακα τύπου Likert και υπάρχει η δυνατότητα με εφαρμογή cut offs να αξιολογηθεί ποιοτικά το ιστορικό εκφοβισμού. Η Δοκιμασία test retest κατέδειξε και για αυτό το κλινικό εργαλείο την εγκυρότητα και αξιοπιστία του σε ελληνικό δείγμα πληθυσμού. ⁽²¹³⁾

Πίνακας 3. Συνοπτική παρουσίαση των κλινικών εργαλείων αξιολόγησης των αντίξων ψυχοτραυματικών εμπειριών παιδικής ηλικίας

Παθολογία προς μελέτη	Ονομασία Ψυχομετρικού Εργαλείου	Τρόπος μελέτης
Σωματική Κακοποίηση		Likert κλίμακα των 5 λημμάτων σωματικής κακοποίησης. Ποσοτικό άθροισμα(5-25) με cut off >9 ⁽²¹²⁾
Σεξουαλική Κακοποίηση	Childhood Trauma Questionnaire	Likert κλίμακα των 5 λημμάτων σεξουαλικής κακοποίησης. Ποσοτικό άθροισμα (5-25) με cut off >7 ⁽²¹²⁾
Συν/θηματική Κακοποίηση	Short Form CTQ-SF ⁽²¹²⁾ (25 λήμματα)	Likert κλίμακα των 5 λημμάτων συναισθηματικής κακοποίησης. Ποσοτικό άθροισμα (5-25) με cut off >12 ⁽²¹²⁾
Σωματική Παραμέληση		Likert κλίμακα των 5 λημμάτων σωματικής παραμέλησης. 2 από τα 5 λήμματα εκτιμούν φροντίδα και βαθμολογούνται αντίστροφα. Ποσοτικό άθροισμα(5-25) με cut off >9 ⁽²¹²⁾
Συν/θηματική Παραμέληση		Likert κλίμακα των 5 λημμάτων συναισθηματικής παραμέλησης. Όλα τα λήμματα εκτιμούν φροντίδα και βαθμολογούνται αντίστροφα. Ποσοτικό άθροισμα (5-25) με cut off >14 ⁽²¹²⁾

2.3. Κλινική αξιολόγηση των ψυχωσικών συμπτωμάτων

Η αξιολόγηση της ψυχωσικής συμπτωματολογίας των ασθενών της έρευνας “Athens FEP study” έγινε με την Κλίμακά Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου (Positive And Negative Syndrome Scale-PANSS. Kay et al, 1987, Lykouras et al, 1994).⁽²¹⁴⁻²¹⁵⁾ Πιο συγκεκριμένα, εκτιμήθηκαν τα θετικά ψυχωσικά συμπτώματα κατά την εισαγωγή στη μελέτη και μετά από τέσσερις εβδομάδες συνηθισμένης αντιψυχωσικής θεραπείας (treatment as usual). Το ίδιο έγινε με τα αρνητικά συμπτώματα, τα συμπτώματα γενικής ψυχοπαθολογίας και τέλος με το συνολικό αποτέλεσμα της PANSS.

Από την εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας με την εφαρμογή της PANSS κατά την είσοδο και μετά 4 εβδομάδες θεραπεία, η συμπτωματική ύφεση αξιολογήθηκε στο δείγμα ασθενών της Athens FEP study με βάση τα Κριτήρια Andreasen.⁽²¹⁶⁾ Σύμφωνα με αυτά τα κριτήρια αξιολογήθηκαν τα λήμματα του θετικού συνδρόμου τα οποία αφορούν Παραληρητικές ιδέες (Θ1), Ενωσιολογική αποδιοργάνωση (Θ2), Ψευδαισθητική συμπεριφορά (Θ3), τα λήμματα του αρνητικού συνδρόμου που αφορούν Αμβλύτητα συναισθήματος (Α1), Κοινωνική απόσυρση (Α4), Έλλειψη αυθορμητισμού στη ροή της ομιλίας (Α6) και τα λήμματα της γενικής ψυχοπαθολογίας που αφορούν Ιδιοτροπισμούς και λήψη παράξενων στάσεων (Γ5) και Ασύνηθες περιεχόμενο σκέψης (Γ9). Για να υπάρχει ύφεση πρέπει να υπάρχει συγχρόνως μείωση της βαθμολογίας σε επίπεδο μικρότερο ή ίσο του 3 σε όλα τα παραπάνω λήμματα της PANSS (συμπτωματικό κριτήριο) μέσα σε χρονικό διάστημα 6 μηνών. (χρονικό κριτήριο) Στην έρευνα που αφορούσε την παρούσα διατριβή λήφθηκε υπ’ όψιν μόνο το συμπτωματικό κριτήριο δεδομένου του ότι η χρονική περίοδος παρατήρησης

ήταν μικρότερη των 6 μηνών. Οι ασθενείς που δεν τηρούσαν τα παραπάνω κριτήρια συμπτωματικής ύφεσης θεωρήθηκαν ως μη ανταποκρινόμενοι στη θεραπεία (non-responders) (Hatzimanolis et al 2020)⁽¹⁶⁸⁾ (Xenaki et al 2022)⁽²⁰⁴⁾

Πίνακας 4. Συνοπτική παρουσίαση της κλινικής αξιολόγησης της ψυχωσικής συμπτωματολογίας στην Athens FEP study.

Παθολογία/Κατάσταση προς μελέτη	Ονομασία Ψυχομετρικού Εργαλείου	Τρόπος μελέτης
Θετικά ψυχωσικά συμπτώματα		Κλίμακα θετικού συνδρόμου της PANSS <ul style="list-style-type: none"> • Κατά την είσοδο • Μετά ένα μήνα θεραπείας
Αρνητικά ψυχωσικά συμπτώματα		Κλίμακα αρνητικού συνδρόμου της PANSS <ul style="list-style-type: none"> • Κατά την είσοδο • Μετά ένα μήνα θεραπείας
Συμπτώματα γενικής ψυχοπαθολογίας	Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου Positive And Negative Syndrome Scale PANSS ⁽²¹⁴⁾	Κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας της PANSS <ul style="list-style-type: none"> • Κατά την είσοδο • Μετά ένα μήνα θεραπείας
Συνολική ψυχοπαθολογία		Σύνολο του αποτελέσματος PANSS <ul style="list-style-type: none"> • Κατά την είσοδο • Μετά ένα μήνα θεραπείας
Ύφεση (Remission)		Ορίστηκε με βάση τα κριτήρια Andreasen: (PANSS Θ1, Θ2, Θ3, Α1, Α4, Α6, Γ5, Γ9: και στα 8 μείωση στο μήνα σε επίπεδο ≤ 3 σε όλα τα παραπάνω λήμματα) ⁽²¹⁶⁾

2.4. Κλινική αξιολόγηση της ικανότητας προσαρμογής πριν την εκδήλωση της νόσου.

Η Κλίμακα Προνοσηρής Προσαρμογής (Premorbid Adjustment Scale-PAS Cannon-Spoor et al 1982)⁽²¹⁷⁾ χορηγήθηκε στους ασθενείς της μελέτης προκειμένου να εκτιμηθεί η προνοσηρή ικανότητα προσαρμογής σε τέσσερα αναπτυξιακά στάδια: την παιδική ηλικία (5-11 ετών), την πρώιμη εφηβεία (12-15ετών), την όψιμη εφηβεία (16-18 ετών) και την

ενηλικίωση (19 ετών και άνω). Η εκτίμηση αυτή αφορούσε δυο τομείς ικανότητας προσαρμογής: τον μορφωτικό-ακαδημαϊκό (academic) που περιλαμβάνει την προσαρμογή και την επίδοση στο σχολείο και τον κοινωνικό (social) που περιλαμβάνει την κοινωνικότητα ή την απόσυρση, τις σχέσεις με συνομήλικους και την σεξουαλικότητα. Εκπαιδευμένοι στην εφαρμογή της PAS ψυχίατροι έλαβαν πληροφορίες από το ιστορικό του ασθενούς που αφορούσαν τις αντίστοιχες περιόδους μέσω ημιδομημένης συνέντευξης από τον ίδιο τον ασθενή τους γονείς ή/και από άλλα μέλη της οικογένειας των ασθενών. Η κοινωνική προνοσηρή προσαρμογή εκτιμήθηκε για κάθε αναπτυξιακό στάδιο μέσω των λημμάτων της PAS που αφορούν τη σχέση με τους συνομήλικους ή τους συντρόφους στο αντίστοιχο αναπτυξιακό στάδιο. Η μορφωτική-ακαδημαϊκή προνοσηρή προσαρμογή ομοίως εκτιμήθηκε μέσω των λημμάτων, που αφορούν σχολικές και ακαδημαϊκές επιδόσεις και προσαρμοστικότητα σε σχολικό ή άλλο μορφωτικό περιβάλλον στο αντίστοιχο αναπτυξιακό στάδιο. Όλοι οι ασθενείς όπως έχει αναφερθεί ήταν 16 ετών και άνω. Αν και η κλίμακα εφαρμόστηκε κανονικά, προτιμήθηκε να ληφθούν υπ' όψιν τα δεδομένα κοινωνικής και ακαδημαϊκής PAS της παιδικής και της πρώτης εφηβικής ηλικίας. Αυτό έγινε ώστε να μειωθεί το ενδεχόμενο η εφαρμογή της κλίμακας να εκτιμήσει συμπεριφορά και λειτουργικότητα που να οφείλεται στην προδρομική συνδρομή και όχι την προνοσηρή ικανότητα προσαρμογής και να μειωθεί έτσι η αξιοπιστία της PAS στη μελέτη. (Hatzimanolis et al 2020)⁽¹⁶⁸⁾ Κατά την βαθμολόγηση οι τέσσερις αριθμητικές τιμές που λήφθηκαν («PASi social», «PASi acad.», «PASii social», «PASii acad») αποτελούν την ποσοτική εκτίμηση των δυσκολιών προσαρμογής και επομένως στα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν στις αναλύσεις οι μεγαλύτερες αριθμητικές τιμές δηλώνουν μικρότερη ικανότητα προσαρμογής και επομένως μεγαλύτερη δυσκολία και παθολογία.

2.5. Εκτίμηση του Οικογενειακού Ιστορικού Ψύχωσης

Στις αναλύσεις που αφορούσαν την προσαρμογή λήφθηκε υπόψη το ιστορικό ψύχωσης στην οικογένεια που θα μπορούσε να είναι συγχυτικός παράγοντας στη σχέση των ΑΨΕΠΗ με την ικανότητα προσαρμογής. Το οικογενειακό ιστορικό ψύχωσης εκτιμήθηκε με την Συνέντευξη Οικογενειακού Ιστορικού FIGS⁽²¹⁸⁾ και έδωσε δεδομένα διχοτομικού τύπου (ΝΑΙ-ΟΧΙ) αποτελώντας μια ποιοτική μεταβλητή η οποία συνυπολογίστηκε στις αναλύσεις.

Πίνακας 5. Συνοπτική παρουσίαση της κλινικής αξιολόγησης της προνοσηρής ικανότητας προσαρμογής και του οικογενειακού ιστορικού ψύχωσης

Κατάσταση προς μελέτη	Ψυχομετρικό εργαλείο	Τρόπος μελέτης
Προσαρμογή σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες πριν την εκδήλωση νόσου		Κατά την παιδική ηλικία(5-11 χρ.) Υποκλίμακα τύπου Likert με 2 λήμματα που βαθμολογούνται 0-6 το καθένα (σύνολο 0-12) Κατά την πρώτη εφηβική ηλικία (11-16χρ.): Υποκλίμακα τύπου Likert με 2 λήμματα που βαθμολογούνται 0-6 το καθένα (σύνολο 0-12)
	Premorbid Adjustment Scale (PAS) ⁽²¹⁷⁾	Σε όλα τα λήμματα η χαμηλή τιμή σημαίνει καλή προσαρμογή, ενώ η υψηλή τιμή μεγαλύτερη παθολογία
Προσαρμογή σε κοινωνικές δραστηριότητες πριν την εκδήλωση νόσου		Κατά την παιδική ηλικία (5-11 χρ.) Υποκλίμακα τύπου Likert με 2 λήμματα που βαθμολογούνται 0-6 το καθένα (σύνολο 0-12) Πρώτη εφηβική ηλικία (11-16) Υποκλίμακα τύπου Likert με 3 λήμματα που βαθμολογούνται 0-6 το καθένα (σύνολο 0-18)

Οικογενειακό ιστορικό για ψύχωση	Family Interview for Genetic Studies (FIGS)⁽²¹⁸⁾	Διχοτομικά δεδομένα⁽²¹⁸⁾ (NAI-OXI)
---	--	--

2.6. Κλινική Αξιολόγηση των Νοητικών Λειτουργιών.

2.6.1 Κλινική αξιολόγηση της προκατάληψης σε βεβιασμένα συμπεράσματα

Για την εκτίμηση των νοητικών λειτουργιών που αφορούν την προκατάληψη σε βεβιασμένα συμπεράσματα (jumping to conclusion bias-JTC bias) χρησιμοποιήθηκαν οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές εφοδιασμένοι με το Beads Test. (Community Research and Development Information Service (CORDIS) 2010, European Network of National Schizophrenia Networks Studying Gene - Environment Interactions EU-GEI, 2010).⁽²¹⁹⁻²²⁰⁾ Η εξέταση-εφαρμογή του Beads Test από τον κάθε ασθενή έγινε μια φορά ένα μήνα μετά την προσέλευση του στη μελέτη και ενώ βρισκόταν σε θεραπεία και παρακολούθηση. Στον κάθε εξεταζόμενο παρουσιάστηκαν εικονικά στην οθόνη του υπολογιστή δύο δοχεία με 100 βόλους το καθένα. Το ένα είχε 60 μπλε και 40 κόκκινους βόλους και το άλλο 60 κόκκινους και 40 μπλε βόλους. Τα δοχεία στη συνέχεια κρύφτηκαν από τον εξεταζόμενο και αυτός ενημερώθηκε ότι τυχαία επιλέχτηκε ένα από τα δύο δοχεία για την εξέταση και ότι στη συνέχεια από το επιλεγμένο δοχείο θα παρουσιαστεί στον εξεταζόμενο ένας βόλος, μετά από αυτόν ένας άλλος κ.ο.κ Ο εξεταζόμενος μπορούσε να ζητήσει να του παρουσιαστούν όσοι βόλοι ήθελε, μέχρι να αποφασίσει από ποιο από τα δύο δοχεία είχαν ανασυρθεί οι βόλοι. Το αποτέλεσμα της δοκιμασίας ήταν ο αριθμός των βόλων, που ο εξεταζόμενος ζήτησε πριν πάρει την απόφαση (Draws to Decision DTD) Όσο μικρότερος είναι ο DTD τόσο μεγαλύτερη είναι η τάση για βεβιασμένα συμπεράσματα JTC (Huq et al 1988, Tripoli et al 2021).⁽²⁰⁴⁾⁽²²¹⁻²²²⁾ Για να εκτιμηθεί ο JTC σαν ποιοτική μεταβλητή, η ποσοτική μεταβλητή των DTD διχοτομείται και οι λιγότεροι από δύο βόλοι που ζητά ο εξεταζόμενος για να πάρει την

απόφαση (DTD) θεωρούνται ως θετικές για τον παράγοντα προκατάληψης σε βεβιασμένα συμπεράσματα. (JTCbiased). (Garety et al 2005)⁽²²³⁾ (Xenaki et al 2022)⁽²⁰⁴⁾

2.6.2 Κλινική αξιολόγηση της ικανότητας αναγνώρισης συναισθημάτων

Η δοκιμασία αναγνώρισης συναισθήματος σε πρόσωπα που η φωτογραφία τους έχει υποστεί αλλοίωση Degraded Facial Affect Recognition Task (DFAR)⁽²²⁴⁻²²⁵⁾ είναι ένα λογισμικό που χρησιμοποιεί E prime και περιλαμβάνει 64 φωτογραφίες δύο ανδρών και δύο γυναικών. Αυτές υποδιαιρούνται σε 4 ομάδες, όπου προβάλλονται οι τέσσερις βασικές εκφράσεις συναισθήματος: ουδέτερο, ευχαριστημένο, φοβισμένο, θυμωμένο. Ο εξεταζόμενος καλείται να δει την κάθε φωτογραφία και να αναγνωρίσει σε αυτήν ένα από τα τέσσερα βασικά συναισθήματα. Οι φωτογραφίες έχουν περάσει από φίλτρο, το οποίο μειώνει κατά 30% το κοντράστ τους, με σκοπό να αυξήσει τη δυσκολία και να αυξήσει την συμμετοχή της πιθανής υποκειμενικής ερμηνείας από τον εξεταζόμενο. Ο εξεταζόμενος πριν την εξέταση που θα δώσει το τελικό αποτέλεσμα έχει κάνει ένα δοκιμαστικό τεστ. Το αποτέλεσμα είναι ο αριθμός των σωστών απαντήσεων για κάθε ένα συναίσθημα «Correct Neutral», «Correct Happy», «Correct Frightened» και «Correct Angry». Στο σύνολο της δοκιμασίας «Correct Answers», που είναι το άθροισμα, γίνεται αναγωγή επί τοις εκατό.

2.6.3. Κλινική αξιολόγηση της οπτικής ρητής μνήμης (visual explicit memory)

Η δοκιμασία αναγνώρισης προσώπων Benton (Benton Facial Recognition Test-BFRT)⁽²²⁶⁾ είναι ένα εργαλείο εκτίμησης της ρητής μνήμης (explicit memory) και αφορά την ικανότητα αναγνώρισης προσώπων. Ο εξεταζόμενος καλείται να δει με προσοχή 23 καρτέλες με φωτογραφίες προσώπων. Η κάθε καρτέλα έχει στη μία σελίδα της την φωτογραφία ενός προσώπου αναφοράς. Στην άλλη σελίδα της έχει έξι φωτογραφίες, μεταξύ των οποίων τουλάχιστον μία είναι του ατόμου αναφοράς το οποίο ο ασθενής καλείται να αναγνωρίσει. Όσο προχωρά η εξέταση η δοκιμασία δυσκολεύει, γιατί μπορεί να ταυτίζονται περισσότερα

από ένα άτομο με το πρόσωπο αναφοράς υπό διαφορετικές οπτικές γωνίες και φωτισμούς. Το τελικό αποτέλεσμα είναι ο αριθμός των σωστών απαντήσεων.

2.6.4. Κλινική αξιολόγηση της διαρκούς προσοχής

Για τον έλεγχο της διαρκούς προσοχής (sustained attention) χρησιμοποιήθηκαν ηλεκτρονικοί υπολογιστές εφοδιασμένοι με κατάλληλο λογισμικό. Συγκεκριμένα, ως νευροψυχολογική δοκιμασία εξέτασης της ικανότητας διαρκούς προσοχής χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Continuous Performance Test – Identical Pairs version (CPT-IP). (Cornblatt et al 1988, 1989)⁽²²⁷⁻²²⁹⁾ Ο κάθε ασθενής εξετάστηκε με την εφαρμογή αυτής της δοκιμασίας ένα μήνα μετά την είσοδό του στην μελέτη. Καθ' όλη τη διάρκεια των μετρήσεων εκπαιδευμένοι ερευνητές παρατηρούσαν τους συμμετέχοντες για την ορθή εκτέλεση των δοκιμασιών και την αποφυγή πειραματικών σφαλμάτων. Στη δοκιμασία CPT-IP ο εξεταζόμενος παρατηρεί συνεχόμενα μια σειρά τετραψήφιων αριθμών στην οθόνη του Η/Υ και καλείται να υποδείξει, πατώντας το κατάλληλο πλήκτρο κάθε φορά, που τα τελευταία δύο ψηφία ενός αριθμού είναι ακριβώς όμοια με αυτά του προηγούμενου αριθμού που εμφανίστηκε στην οθόνη. Η παραπάνω διαδικασία διαρκεί 5 λεπτά και εξετάζεται η ικανότητα συγκέντρωσης και συνεχούς προσοχής του ατόμου για αυτό το χρονικό διάστημα. Λαμβάνονται υπόψη ως δεδομένα τα CPT HITS και CPT FALSE ALARMS των οποίων οι διαφορά αποτελεί την ποσοτική μεταβλητή η οποία εισέρχεται στις αναλύσεις.

2.6.5 Νοητικές λειτουργίες που συμμετέχουν στην αξιολόγηση της νοημοσύνης

Η Λεκτική κατανόηση (VCI), η Ενεργή Μνήμη (WMI), η ταχύτητα διεκπεραίωσης (PSI), και η ικανότητα αιτιολόγησης (PRI) με την κλίμακα Wechsler Adult Intelligence Scale⁽²³⁰⁻²³¹⁾ Στις αναλύσεις λήφθηκε υπόψη και το συνολικό νοητικό πηλίκιο.

Πίνακας 6. Συνοπτική παρουσίαση των κλινικών εργαλείων αξιολόγησης των νοητικών λειτουργιών

Λειτουργία/Παθολογία προς μελέτη	Ψυχομετρικό εργαλείο	Τρόπος μελέτης
Προκατάληψη άτομου σε βεβιασμένα συμπεράσματα (jumping to conclusion bias- JTC bias)	Beads Test ⁽²¹⁹⁾	e-prime λογισμικό H/Y: αριθμός των ζητούμενων βόλων < 2 = παρουσία του JTC bias ⁽²²³⁾
Ικανότητα αναγνώρισης συναισθημάτων	Degraded Facial Affect Recognition Task DFART ⁽²¹⁹⁾	e-prime λογισμικό H/Y: 4 αποτελέσματα για τις σωστές απαντήσεις σε 'ουδέτερο', 'χαρούμενο', 'φοβισμένο', θυμωμένο. ⁽²²⁴⁻²²⁵⁾
Οπτική ρητή μνήμη	Benton test ⁽²²⁶⁾	Αποτέλεσμα το σύνολο των σωστών απαντήσεων Cut-off point: 20. Ορίζεται 'φυσιολογική' η δοκιμασία για αποτέλεσμα μεγαλύτερο ή ίσο του 20. ⁽²²⁶⁾
Εστιασμένη προσοχή	Continuous Performance Test Identical Pairs version (CPT-IP) ⁽²¹⁹⁻²²⁰⁾	e prime λογισμικό H/Y: Από τα δεδομένα της εξέτασης υπολογίζεται το Dprime από τον τύπο: $D_{prime} = NORM.S.INV(Hits) - NORM.S.INV(False\ alarms)$ ⁽²²⁷⁻²²⁹⁾
Νοημοσύνη	Wechsler Adult Intelligence Scale Τέταρτη Έκδοση (WAIS IV-GR) ⁽²³¹⁾	4 αποτελέσματα: Λεκτικής κατανόησης (VCI) Ενεργού μνήμης (WMI) Ταχύτητας διεκπεραίωσης (PSI) Ικανότητας αιτιολόγησης (PRI)

2.7. Κλινική αξιολόγηση νοητικών σχημάτων για εαυτό και άλλους

Ο τρόπος με τον οποίο το άτομο κρίνει και αξιολογεί τον εαυτό του και τους άλλους εκτιμήθηκε με την Βραχεία Κλίμακα Πυρηνικών Σχημάτων (Brief Core Scheme Scale-BCSS). ⁽²³²⁾ Η BCSS αποτελείται από 24 λήμματα και έχει στόχο την εκτίμηση των πεποιθήσεων του εξεταζόμενου ψυχωσικού ατόμου σχετικά με τον εαυτό του και σχετικά με τους 'άλλους'. Για κάθε λήμμα που είναι μία πρόταση αναφοράς συμπληρώνεται από τον ίδιο τον εξεταζόμενο μια τύπου Likert κλίμακα από 0-καθόλου έως 4-πάρα πολύ. Από τα

24 λήμματα προκύπτουν 4 αποτελέσματα: Αρνητικά για εαυτό (negative-self-NS, 6 λήμματα), Θετικά για Εαυτό (positive-self-PS, 6 λήμματα), Αρνητικά για άλλους (negative-other-NO, 6 λήμματα), Θετικά για Άλλους (positive-other-PO, 6 λήμματα) Η κλίμακα χορηγήθηκε στην Athens FEP study από το δίκτυο της μελέτης EUGEI χορηγήθηκε από εκπαιδευμένους ερευνητές και έχει δοκιμαστεί με test-retest σε ελληνικό δείγμα πληθυσμού.⁽²³³⁾

2.8. Κλινική αξιολόγηση της κατάθλιψης

Για την εκτίμηση της Κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η υποκλίμακα της Κατάθλιψης του ερωτηματολογίου Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) (Derogatis LR 1983 1977, 1994).⁽²³⁴⁾ Το ερωτηματολόγιο SCL-90-R έχει προσαρμοστεί στα Ελληνικά από τους Ντώνια και συν. το 1991⁽²³⁵⁾ και χορηγήθηκε στους ασθενείς της Athens FEP study με στόχο την εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας των τελευταίων 6 μηνών πριν την είσοδό τους στη μελέτη. Πρόκειται για 90 λήμματα που συμπληρώνονται από τον εξεταζόμενο και που το κάθε λήμμα είναι μία πρόταση αναφοράς, η οποία περιγράφει συμπεριφορικά, σωματικά ή ψυχολογικά συμπτώματα. Ο εξεταζόμενος καλείται να συμπληρώσει για το κάθε λήμμα μια 5βάθμια κλίμακα τύπου Likert ανάλογα με τον βαθμό ενόχλησης που του έχει προκαλέσει το σύμπτωμα που περιγράφει το λήμμα από 0-καθόλου έως 4-υπερβολικά. Τα 90 λήμματα εντάσσονται σε 9 υποκλίμακες που εκτιμούν ομάδες συμπτωμάτων, τα οποία αποτελούν διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας. Οι υποκλίμακες είναι: η σωματοποίηση, η ψυχαναγκαστικότητα, η διαπροσωπική ευαισθησία, η επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, ο παρανοειδής ιδεασμός, ο ψυχωτισμός, και διάφορες αγχώδεις αιτιάσεις και η υποκλίμακα της κατάθλιψης. Η υποκλίμακα της κατάθλιψης, η οποία και εισήλθε στις αναλύσεις, περιλαμβάνει 13 λήμματα και εκτιμά την καταθλιπτική διάσταση της ψυχοπαθολογίας τους τελευταίους 6 μήνες.

Πίνακας 7. Ψυχομετρικά εργαλεία με τα οποία εκτιμήθηκαν τα σχήματα και η κατάθλιψη

Παθολογία/Κατάσταση προς μελέτη	Κλινικό εργαλείο	Τρόπος μελέτης
Πυρηνικά νοητικά σχήματα για Εαυτό και Άλλους	Βραχεία Κλίμακα Πυρηνικών Σχημάτων Brief Core Scheme Scale BCSS ⁽²³²⁾	Άθροισμα αριθμητικών τιμών λημμάτων τύπου Likert Συνολικά 4 αποτελέσματα: <ul style="list-style-type: none"> • Αρνητικά για Εαυτό • Θετικά για Εαυτό • Αρνητικά για Άλλους • Θετικά για Άλλους
Κατάθλιψη	Symptom Check-List SCL90 ⁽²³⁴⁾	Άθροισμα αριθμητικών τιμών 13 λημμάτων τύπου Likert στην υποκλίμακα κατάθλιψης ⁽²³⁴⁾

2.9. Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση του τραύματος μεταξύ αντρών και γυναικών χρησιμοποιήθηκε το τεστ χ^2 του Pearson. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (rho). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για την διερεύνηση της σχέσης του τραύματος με τις διάφορες υπό μελέτη κλίμακες από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών. Για τη διερεύνηση της σχέσης του τραύματος με το remission έγινε ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis)

και προέκυψαν σχετικοί λόγοι (Odds ratio) με τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους (95% ΔΕ). Για τον έλεγχο διαμεσολαβητικών παραγόντων χρησιμοποιήθηκε η τεχνική ανάλυσης των Baron και Kenny.⁽²³⁶⁾ Σύμφωνα με αυτούς για να υπάρξει διαμεσολάβηση στη σχέση δύο μεταβλητών πρέπει να ικανοποιούνται 3 συνθήκες: (1) η ανεξάρτητη μεταβλητή να συσχετίζεται σημαντικά με την εξαρτημένη, (2) η ανεξάρτητη μεταβλητή να συσχετίζεται σημαντικά με τον διαμεσολαβητικό παράγοντα και (3) ο διαμεσολαβητικός παράγοντας να συσχετίζεται σημαντικά με την εξαρτημένη μεταβλητή. Επιπλέον, αν μετά την εισαγωγή του διαμεσολαβητικού παράγοντα, η επίδραση της ανεξάρτητης μεταβλητής στην εξαρτημένη μειωθεί υπάρχει μερική διαμεσολάβηση, ενώ αν γίνει μη σημαντική υπάρχει ολική διαμεσολάβηση. Για τη διαμεσολάβηση έγιναν πολλαπλές γραμμικές παλινδρομήσεις και ιεραρχική γραμμική παλινδρόμηση. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 24.0.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Το δείγμα αποτελείται από 225 άτομα, τα χαρακτηριστικά των οποίων δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 8). Το 67,1% των συμμετεχόντων ήταν άντρες. Η μέση ηλικία έναρξης της νόσου ήταν τα 25,4 έτη (SD=7,5 έτη). Ο μέσος αριθμός ετών εκπαίδευσης ήταν 13,7 (SD=2,5 έτη). Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν άνεργοι (29,8%), ήταν πρωτότοκοι (46,1%) και είχαν διαβιώσει με άλλους (65,8%). Το 47,7% των συμμετεχόντων είχε κάνει μακροχρόνια σχέση στο παρελθόν και το 7,2% είχε παιδιά.

Πίνακας 8. Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

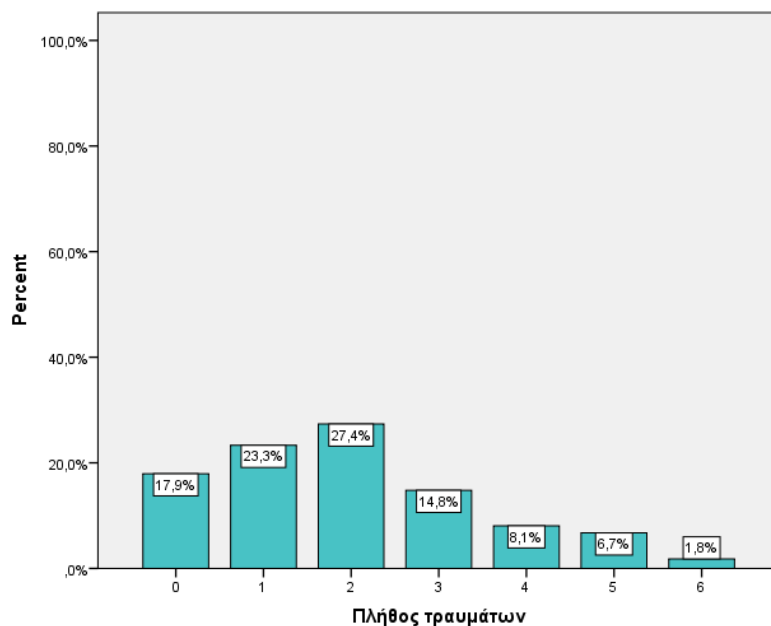
		N	%
Φυλο	Αρρεν	151	67,1
	Θηλυ	74	32,9
Ηλικια έναρξης νοσου συμφωνα με την DUP, μέση τιμή (SD)		25,4 (7,5)	
Αδερφια, αριθμός μέση τιμή (SD)		1,7 (1,4)	
Ετη εκπαίδευσης, μέση τιμή (SD)		13,7 (2,5)	
Επάγγελμα Τώρα	Ανεργος	67	29,8
	Φανταρος	22	9,8
	Φοιτητης/σπουδαστης	65	28,9
	Απασχοληση μερικου χρονου	14	6,2
	Πληρους απασχοληση	43	19,1
	Αυτοαπασχοληση	9	4
	Αλλο	5	2,2
Σειρα γεννησης	1st	101	46,1
	2nd	73	33,3
	3rd	31	14,2
	4th	9	4,1
	5th	2	0,9
	6th	1	0,5
	7th	1	0,5
	δίδυμα	1	0,5
Μακροχρονια σχεση στο παρελθον (πανω απο 12 μηνες)History of Long term relationship (>12 months)		104	47,7
Παιδια Children		16	7,2
Εχετε διαβιωσει με αλλους		144	65,8

Τα τραύματα των συμμετεχόντων δίνονται στον πίνακα 9. Η συχνότερη ΑΨΕΠΗ, η οποία καταγράφηκε, ήταν ο εκφοβισμός, σε ποσοστό 51,4%, και ακολουθούν η συναισθηματική και η σωματική παραμέληση, σε ποσοστά 15,8% και 15,4% αντίστοιχα. Το πλήθος τραυμάτων, τα οποία αναφέρθηκαν κυμαινόταν από 0 μέχρι 6 (Γράφημα 1), με τον μέσο αριθμό να είναι 2 (SD=1,5). Το 17,9% των συμμετεχόντων δεν είχε βιώσει καμία ΑΨΕΠΗ, το 23,35 είχε βιώσει μία το 27,4% είχε βιώσει δύο το 14,8 τρεις και το 16,6 πάνω από τρεις.

Πίνακας 9. Τραυματικές εμπειρίες συμμετεχόντων

	N	%
Τραύματα		
Εκφοβισμος (bullying-binary)	114	51,4
Σωματικη κακοποιηση (ctq-binary)	20	9,0
Σεξουαλικη κακοποιηση(ctq-binary)	19	8,6
Συναισθηματικη κακοποιηση(ctq-binary)	31	14,0
Σωματικη παραμεληση(ctq-binary)	34	15,4
Συναισθηματικη παραμεληση(ctq-binary)	35	15,8
Πλήθος τραυμάτων		
0	40	17,9
1	52	23,3
2	61	27,4
3	33	14,8
4	18	8,1
5	15	6,7
6	4	1,8

Γράφημα 1. Πλήθος τραυμάτων

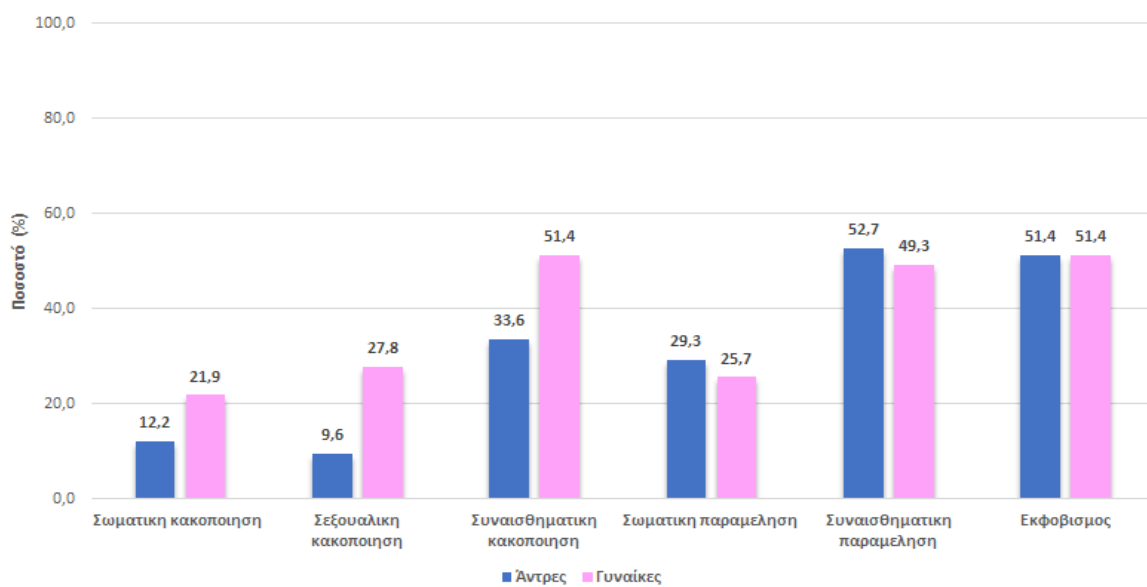


Στον πίνακα 10 και το γράφημα 2 δίνονται οι αναφερόμενες ΑΨΕΠΗ ανάλογα με το φύλο των συμμετεχόντων. Το ποσοστό σεξουαλικής και συναισθηματικής κακοποίησης ήταν σημαντικά υψηλότερο στις γυναίκες.

Πίνακας 10. ΑΨΕΠΗ συμμετεχόντων, ανά φύλο

		Φύλο				P Pearson's x2 test
		Άντρες		Γυναίκες		
		N	%	N	%	
Σωματική κακοποίηση (ctq-binary)	Όχι	129	87,8	57	78,1	0,062
	Ναι	18	12,2	16	21,9	
Σεξουαλική κακοποίηση(ctq-binary)	Όχι	132	90,4	52	72,2	<0,001
	Ναι	14	9,6	20	27,8	
Συναισθηματική κακοποίηση(ctq-binary)	Όχι	97	66,4	36	48,6	0,011
	Ναι	49	33,6	38	51,4	
Σωματική παραμεληση(ctq-binary)	Όχι	104	70,7	55	74,3	0,577
	Ναι	43	29,3	19	25,7	
Συναισθηματική παραμεληση(ctq-binary)	Όχι	69	47,3	37	50,7	0,633
	Ναι	77	52,7	36	49,3	
Εκφοβισμος (bullying-binary)	Όχι	72	48,6	36	48,6	>0,999
	Ναι	76	51,4	38	51,4	

Γράφημα 2. ΑΨΕΠΗ συμμετεχόντων, ανά φύλο



Στον πίνακα 11 που ακολουθεί περιγράφονται οι υπό μελέτη κλίμακες.

Πίνακας 11: Περιγραφικά στοιχεία υπό μελέτη κλιμάκων

		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
DFAR	CorrectAnswers	0,72 (0,12)	0,73 (0,64 – 0,81)	
	CorrectNeutral	0,84 (0,15)	0,88 (0,75 – 0,94)	
	Correct Happy	0,87 (0,14)	0,88 (0,81 – 1)	
	Correct Frightened	0,57 (0,22)	0,56 (0,44 – 0,75)	
	Correct Angry	0,68 (0,82)	0,63 (0,44 – 0,81)	
Benton Test total score		21,6 (3,4)	22 (20 – 24)	
Κατάθλιψη (SCL-90)		1,72 (0,95)	1,62 (1 – 2,38)	
WAIS	Verbal Comprehension Index	96,7 (14,5)	99 (88 – 107)	
	Working Memory Index (WMI)	92,5 (13,2)	92 (84 – 100)	
	Processing Speed Index (PSI)	89,5 (14,6)	88 (80 – 98)	
	Perceptual Reasoning Index (PRI)	92,9 (13,8)	93 (82 – 103)	
	Full Scale IQ	92,2 (12,2)	92 (83 – 100)	
CPT HITS - CPT FALSE ALARMS		0,28 (0,31)	0,28 (0,11 – 0,45)	
PANSS	Positive symptoms (at entrance)	28,4 (6,8)	28 (23 – 33)	
	Negative symptoms (at entrance)	20,5 (9,2)	19 (13,5 – 25)	
	General symptoms (at entrance)	49,5 (13,6)	48 (39 – 57)	
	Total symptoms (at entrance)	98,3 (23,7)	94 (81 – 114)	
	Positive symptoms (1st month)	14,4 (5,9)	13 (10 – 17)	
	Negative symptoms (1st month)	14,7 (7,7)	13 (9 – 18)	
	General symptoms (1st month)	30,5 (9,8)	28 (23 – 34)	
	Total symptoms (1st month)	59,6 (20,2)	55 (45 – 68)	
Remission, N (%)	No	97 (43,5)		
	Yes	126 (56,5)		
Beads Task	Number of beads	3,3 (3,1)	2 (1 – 4)	
	Jumping to conclusions, N (%)	yes	113 (54,3)	
		No	95 (45,7)	
PAS	academic domain childhood (0-11 years)	0,21 (0,2)	0,17 (0 – 0,33)	
	social domain childhood (0-11 years)	0,2 (0,21)	0,17 (0 – 0,33)	
	academic domain early adolescence (12-15 years)	0,29 (0,28)	0,25 (0,08 – 0,42)	
	social domain early adolescence (12-15 years)	0,22 (0,19)	0,22 (0,06 – 0,33)	
	academic domain late adolescence (16-18years)	0,41 (0,56)	0,25 (0,08 – 0,5)	
	social domain late adolescence (16-18years)	0,3 (0,4)	0,22 (0,06 – 0,39)	
BCSS	negative-self (NS)	5,1 (5,7)	3 (1 – 8)	
	negative-other (NO)	7,1 (5,4)	6 (3 – 11)	
	positive-self (PS)	13,1 (6,2)	13 (10 – 16,5)	
	positive-other (PO)	10,3 (5,1)	11 (6 – 14)	

3.2. ΕΛΕΓΧΟΣ Α ΥΠΟΘΕΣΗΣ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕ ΤΟ ΘΕΤΙΚΟ, ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΓΕΝΙΚΗ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΜΕ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΝ PANSS

Αρχικά έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες στην κλίμακα PANSS κατά την είσοδο. Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς και οι ΑΨΕΠΗ των συμμετεχόντων (CTQ, BULLYING-BINARY). Τα αποτελέσματα των αναλύσεων δίνονται στους πίνακες 12-15.

Πίνακας 12. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή Θετικά συμπτώματα, «Positive symptoms» (κατά την είσοδο)

		$\beta+$	SE++	P
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-2,08	1,90	0,274
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-1,98	1,86	0,288
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-2,47	1,50	0,101
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	3,07	1,50	0,042
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,32	1,52	0,385
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,25	0,95	0,793

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο
++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Τα άτομα που είχαν βιώσει σωματική παραμέληση είχαν κατά 3,07 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στη «Positive symptoms» (κατά την είσοδο).

Πίνακας 13. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή Αρνητικά συμπτώματα, «Negative symptoms» (κατά την είσοδο)

		β+	SE++	P
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-4,54	2,50	0,070
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-1,97	2,44	0,419
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,55	1,97	0,432
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,35	1,98	0,496
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	4,62	1,99	0,021
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,01	1,25	0,995

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Τα άτομα που είχαν βιώσει συναισθηματική παραμέληση είχαν κατά 4,62 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στη «Negative symptoms» (κατά την είσοδο).

Πίνακας 14. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή Συμπτώματα γενικής ψυχοπαθολογίας, «General symptoms» (κατά την είσοδο)

		β+	SE++	P
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-4,68	3,73	0,211
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-6,11	3,64	0,095
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-1,42	2,94	0,629
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	5,09	2,95	0,086
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	6,15	2,98	0,040
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-3,16	1,87	0,092

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Βρέθηκε ότι η βαθμολογία στη διάσταση «General symptoms» (κατά την είσοδο) ήταν κατά 6,15 μονάδες υψηλότερη στα άτομα που είχαν βιώσει συναισθηματική παραμέληση.

Πίνακας 15. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή Συνολική βαθμολογία «Total symptoms» (κατά την είσοδο)

		β+	SE++	P
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-11,32	6,43	0,080
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-10,05	6,29	0,111
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-2,34	5,07	0,645
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	9,53	5,09	0,062
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	12,09	5,13	0,019
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-3,36	3,23	0,299

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Βρέθηκε ότι η βαθμολογία στη διάσταση «Total symptoms» (κατά την είσοδο) ήταν κατά 12,09 μονάδες υψηλότερη στα άτομα που είχαν βιώσει συναισθηματική παραμέληση.

Στη συνέχεια έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες στην κλίμακα PANSS στον 1 μήνα. Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, και τα τραύματα των συμμετεχόντων (CTQ, BULLYING-BINARY). Επί πλέον ως ανεξάρτητη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε και η βαθμολογία των αντίστοιχων υποκλιμάκων και του αντίστοιχου συνολικού αποτελέσματος της PANSS κατά την είσοδο. Έτσι τα αποτελέσματα των

αναλύσεων αφορούν την βελτίωση (improvement) στην PANSS του μήνα όπως δίνονται στους πίνακες 16-19 (PANSS βελτίωση σε 1 μήνα).

Πίνακας 16. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή Θετικά συμπτώματα, «Positive symptoms» (βελτίωση σε 1 μήνα)

		β+	SE++	P
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,03	0,75	0,172
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-2,35	1,49	0,117
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,48	1,46	0,742
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,39	1,18	0,239
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-1,12	1,19	0,347
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	4,60	1,19	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο και τη βαθμολογία της ίδιας διάστασης κατά την είσοδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημαντικά υψηλότερες τιμές στη συγκεκριμένη διάσταση, επομένως μικρότερη βελτίωση, είχαν όσοι είχαν ΑΨΕΠΗ_συναισθηματικής παραμέλησης.

Πίνακας 17. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή Αρνητικά συμπτώματα, «Negative symptoms» (βελτίωση σε 1 μήνα)

		β+	SE++	P
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,66	0,70	0,018
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-1,68	1,39	0,230
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,92	1,35	0,499
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,95	1,09	0,385
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,12	1,09	0,913
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	2,81	1,12	0,013

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο και τη βαθμολογία της ίδιας διάστασης κατά την είσοδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημαντικά υψηλότερες τιμές στη συγκεκριμένη διάσταση, επομένως μικρότερη βελτίωση, είχαν όσοι είχαν ΑΨΕΠΗ συναισθηματικής παραμέλησης και εκφοβισμού.

Πίνακας 18. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή Συμπτώματα γενικής ψυχοπαθολογίας «General symptoms» (βελτίωση σε 1 μήνα)

		β+	SE++	P
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,91	1,19	0,109
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-3,34	2,35	0,158
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,35	2,31	0,878
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,60	1,85	0,744
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,17	1,87	0,928
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	6,08	1,89	0,002

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο και τη βαθμολογία της ίδιας διάστασης κατά την είσοδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημαντικά υψηλότερες τιμές στη συγκεκριμένη διάσταση, επομένως μικρότερη βελτίωση, είχαν όσοι είχαν ΑΨΕΠΗ συναισθηματικής παραμέλησης.

Πίνακας 19. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή Συνολική βαθμολογία «Total symptoms» (βελτίωση σε 1 μήνα)

		β+	SE++	P
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	4,81	2,34	0,041
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-7,52	4,66	0,108
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	2,06	4,55	0,652
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,45	3,65	0,901
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-1,34	3,69	0,716
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	13,64	3,74	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο και τη συνολική βαθμολογία κατά την είσοδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημαντικά υψηλότερες τιμές στη συνολική βαθμολογία, επομένως μικρότερη βελτίωση, είχαν όσοι είχαν ΑΨΕΠΗ συναισθηματικής παραμέλησης και εκφοβισμού.

Στο τέλος των αναλύσεων για τον έλεγχο της Α Υπόθεσης έγινε πολυπαραγοντική λογαριθμιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ύφεση συμπτωμάτων σύμφωνα με τα κριτήρια Andreasen (remission) Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς και οι ΑΨΕΠΗ των συμμετεχόντων (CTQ, BULLYING-BINARY). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται στον πίνακα 20.

Πίνακας 20. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το remission (ύφεση συμπτωμάτων σύμφωνα με τα κριτήρια Andreasen)

		OR (95% ΔΕ)+	P
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)		
	Ναι	1,38 (0,42 – 4,49)	0,595
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)		
	Ναι	1,51 (0,47 – 4,88)	0,494
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)		
	Ναι	0,95 (0,38 – 2,38)	0,919
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)		
	Ναι	0,77 (0,31 – 1,92)	0,578
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)		
	Ναι	0,44 (0,18 – 1,12)	0,085
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)		
	Ναι	0,94 (0,53 – 1,68)	0,847

+σχετικός λόγος λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης)

Δεν βρέθηκαν να σχετίζεται σημαντικά κανένας τύπος ΑΨΕΠΗ με την εξαρτημένη μεταβλητή remission (ύφεση συμπτωμάτων με βάση τα κριτήρια Andreasen)

3.3. ΕΛΕΓΧΟΣ Β ΥΠΟΘΕΣΗΣ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΝΟΣΗΡΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΜΕ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΝ PAS (PREMORBID ADJUSTMENT SCALE)

Για τον έλεγχο της Β Υπόθεσης έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες στην κλίμακα PAS. Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η ύπαρξη ιστορικού ψύχωσης στην οικογένεια καθώς και οι ΑΨΕΠΗ των συμμετεχόντων (CTQ, BULLYING-BINARY) και σαν εξαρτημένες η εκπαιδευτική προσαρμογή στην παιδική ηλικία, 5-11ετών (PASi academic), η κοινωνική προσαρμογή στην παιδική ηλικία, 5-11ετών (PASi social), η εκπαιδευτική προσαρμογή πρώτη εφηβεία, 11-15 ετών (PASii academic) και την κοινωνική προσαρμογή πρώτη εφηβεία, 11-15 ετών (PASii social). Τα αποτελέσματα των αναλύσεων δίνονται στους πίνακες 21-24.

Πίνακας 21. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το «PASi academic» (εκπαιδευτική προσαρμογή, παιδική ηλικία 5-11ετών)

		β+	SE++	P
Ιστορικό ψύχωσης στην οικογένεια γενικά	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,008	0,010	0,428
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,021	0,009	0,028
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,022	0,018	0,235
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,018	0,019	0,331
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,005	0,014	0,743
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,009	0,015	0,527
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,011	0,015	0,456

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία και εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημαντικά υψηλότερο «PASi academic», υποδηλώνοντας πιο παθολογική κατάσταση, είχαν τα άτομα τα οποία είχαν υποστεί εκφοβισμό.

Πίνακας 22. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το «PASi social» (κοινωνική προσαρμογή, παιδική ηλικία 5-11ετών)

		β+	SE++	P
Ιστορικό ψύχωσης στην οικογένεια γενικά	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,018	0,011	0,104
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,034	0,010	0,001
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,012	0,020	0,537
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,004	0,020	0,851
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,002	0,015	0,881
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,006	0,016	0,694
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,011	0,016	0,494

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία και εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημαντικά υψηλότερο «PASi social», υποδηλώνοντας πιο παθολογική κατάσταση, είχαν τα άτομα τα οποία είχαν υποστεί εκφοβισμό.

Πίνακας 23. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το «PASii academic» (εκπαιδευτική προσαρμογή πρώτη εφηβεία 11-15 ετών)

		β+	SE++	P
Ιστορικό ψύχωσης στην οικογένεια γενικά	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,038	0,035	0,285
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,027	0,032	0,391
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,053	0,060	0,382
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,204	0,060	0,001
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,013	0,048	0,794
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,097	0,055	0,078
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,126	0,049	0,011

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών +συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία και εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημαντικά υψηλότερο «PASii acad.», υποδηλώνοντας πιο παθολογική κατάσταση, είχαν:

- όσοι είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση και
- όσοι είχαν βιώσει συναισθηματική παραμέληση.

Πίνακας 24. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το «PASii social» (κοινωνική προσαρμογή πρώτη εφηβεία)

		β+	SE++	P
Ιστορικό ψύχωσης στην οικογένεια γενικά	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,063	0,036	0,083
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,015	0,032	0,646
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,096	0,064	0,136
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,197	0,061	0,001
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,004	0,049	0,932
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			

	Ναι	-0,107	0,056	0,057
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,151	0,050	0,003

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών +συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία και εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημαντικά υψηλότερο «PASii social», υποδηλώνοντας πιο παθολογική κατάσταση, είχαν:

- όσοι είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση και
- όσοι είχαν βιώσει συναισθηματική παραμέληση.

3.4. ΕΛΕΓΧΟΣ Γ ΥΠΟΘΕΣΗΣ

3.4.1. ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ ΣΕ ΒΕΒΙΑΣΜΕΝΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΜΕ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΟ BEADS TEST

Στα πλαίσια του ελέγχου της υπόθεσης σύμφωνα με την οποία οι ασθενείς με ιστορικό ΑΨΕΠΗ έχουν αυξημένη προκατάληψη σε βεβιασμένα συμπεράσματα έγινε μία σειρά αναλύσεων με εργαλείο εκτίμησης το Beads Test. Στον πίνακα 25 δίνεται ο αριθμός των βόλων που χρησιμοποιήθηκαν για την τελική απόφαση (αριθμός beads) σε αναλογία με φύλο, επίπεδο εκπαίδευσης και τις ΑΨΕΠΗ.

Πίνακας 25. Αριθμός beads ανάλογα με δημογραφικά και ΑΨΕΠΗ

		Beads Test ΑΡΙΘΜΟΣ BEADS					P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή	SD	Διάμεσος	25ο ποσοστημόριο	75ο ποσοστημόριο	
Φύλο	Άντρες	3,29	3,03	2,00	1,00	3,00	0,915
	Γυναίκες	3,32	3,35	2,00	1,00	4,00	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό/ Γυμνάσιο	3,29	2,96	2,00	1,00	3,00	0,059+
	Λύκειο	3,52	3,07	3,00	1,00	5,00	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ/ MSc /PHD	2,85	3,41	1,00	1,00	3,00	
Σωματική κακοποίηση	Όχι	3,34	3,11	2,00	1,00	4,00	0,114

	Ναι	2,45	2,58	1,00	1,00	3,00	
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι	3,23	3,07	2,00	1,00	4,00	0,754
	Ναι	3,41	3,04	2,00	1,00	5,00	
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι	3,27	3,16	2,00	1,00	4,00	0,564
	Ναι	3,13	2,46	3,00	1,00	4,00	
Σωματική παραμέληση	Όχι	3,32	3,19	2,00	1,00	4,00	0,661
	Ναι	2,84	2,13	2,00	2,00	3,00	
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι	3,17	3,07	2,00	1,00	3,50	0,240
	Ναι	3,68	3,00	3,00	1,00	6,00	
Εκφοβισμός	Όχι	3,22	3,23	2,00	4,00	3,22	0,568
	Ναι	3,38	3,08	2,00	4,00	3,38	

+Kruskal-Wallis test

Δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση των παραμέτρων του παραπάνω πίνακα με τον αριθμό beads .

Επιπλέον, δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της ηλικίας με τον αριθμό beads, όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα τα οποία δίνονται στον πίνακα 26.

Πίνακας 26. Αριθμός beads ανάλογα με ηλικία

		Beads Test ΑΡΙΘΜΟΣ BEADS
Ηλικία	r	-0,10
	P	0,162

Έχοντας λάβει υπόψη το φύλο, την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο, δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση καμίας από τις εξεταζόμενες σταθερές παραμέτρους που συνιστούν οι ΑΨΕΠΗ με τον αριθμό beads .

Στη συνέχεια αναλύθηκαν τα δεδομένα από την εκτίμηση με εργαλείο το Beads Test χρησιμοποιώντας ως εξαρτημένη ποιοτική μεταβλητή τον παράγοντα Jumping to

Conclusion και ανεξάρτητες το φύλο, την εκπαίδευση την ηλικία και τις ΑΨΕΠΗ. Τα ποσοστά Jumping to conclusions σε αναλογία με το φύλο, την εκπαίδευση και τις ΑΨΕΠΗ δίνονται στον πίνακα 27.

Πίνακας 27. Ποσοστά Jumping to conclusions ανάλογα με φύλο, εκπαίδευση και ΑΨΕΠΗ:

		Beads Task -Jumping to conclusions				P Pearson's x2 test
		yes		no		
		N	%	N	%	
Φύλο	Άντρες	74	54,8	61	45,2	0,848
	Γυναίκες	39	53,4	34	46,6	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό/ Γυμνάσιο	16	51,6	15	48,4	0,070
	Λύκειο	59	48,8	62	51,2	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ/ MSc /PHD	37	67,3	18	32,7	
Σωματική κακοποίηση	Όχι	100	53,2	88	46,8	0,204
	Ναι	13	68,4	6	31,6	
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι	104	54,7	86	45,3	0,887
	Ναι	9	52,9	8	47,1	
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι	99	56,3	77	43,8	0,253
	Ναι	14	45,2	17	54,8	
Σωματική παραμέληση	Όχι	97	55,1	79	44,9	0,718
	Ναι	16	51,6	15	48,4	
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι	98	55,7	78	44,3	0,452
	Ναι	15	48,4	16	51,6	
Εκφοβισμός	Όχι	55	56,1	43	43,9	0,581
	Ναι	57	52,3	52	47,7	

Δεν διέφεραν σημαντικά τα ποσοστά Jumping to conclusions ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Ο παράγοντας Jumping to conclusions σε σχέση με την ηλικία και τις ΑΨΕΠΗ δίνεται στον πίνακα 28.

Πίνακας 28. Ηλικία ανάλογα με Jumping to conclusions

	Beads Task NUMBER OF BEADS-Jumping to conclusions				P Student's t-test
	yes		no		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
Ηλικία	26,6	7,5	25,3	7,9	0,231

Δεν διέφερε σημαντικά η ηλικία μεταξύ των ατόμων οι οποίοι ήταν θετικοί στον παράγοντα Jumping to conclusions και των ατόμων οι οποίοι ήταν αρνητικοί στον ίδιο παράγοντα.

3.4.2. ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΜΕ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΤΟ DFAR (DEGRADED FACIAL AFFECTON RECOGNITION)

Έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες στην κλίμακα DFAR. Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο καθώς και οι ΑΨΕΠΗ των συμμετεχόντων (CTQ, BULLYING-BINARY). Τα αποτελέσματα των αναλύσεων δίνονται στους πίνακες 29-33.

Πίνακας 29. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή σωστές απαντήσεις, «Correct Answers»

		$\beta+$	SE++	P
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,026	0,023	0,262
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,030	0,022	0,179
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,005	0,018	0,765
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,008	0,018	0,648
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,032	0,018	0,078
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,005	0,012	0,651

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημείωση. Η παραπάνω ανάλυση έγινε με χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

Δεν βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα με την εξαρτημένη μεταβλητή.

Πίνακας 30. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή «Correct Neutral»

		β+	SE++	P
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,029	0,028	0,294
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,014	0,027	0,593
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,006	0,021	0,790
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,005	0,022	0,822
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,024	0,022	0,273
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,018	0,014	0,187

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημείωση. Η παραπάνω ανάλυση έγινε με χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

Δεν βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα με την εξαρτημένη μεταβλητή.

Πίνακας 31. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή «Correct Happy»

		β+	SE++	P
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,003	0,026	0,899
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,027	0,025	0,283
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,006	0,020	0,759
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			

	Ναι	-0,011	0,021	0,593
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,016	0,020	0,440
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,002	0,013	0,860

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημείωση. Η παραπάνω ανάλυση έγινε με χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

Δεν βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα με την εξαρτημένη μεταβλητή.

Πίνακας 32. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή «Correct Frightened»

		β+	SE++	P
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,025	0,018	0,183
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,015	0,018	0,413
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,005	0,014	0,697
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,010	0,015	0,491
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,026	0,014	0,070
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,014	0,009	0,140

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημείωση. Η παραπάνω ανάλυση έγινε με χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

Δεν βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα με την εξαρτημένη μεταβλητή.

Πίνακας 33. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή «Correct Angry»

		β+	SE++	P
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,035	0,062	0,569

Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,044	0,060	0,457
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,058	0,047	0,218
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,020	0,049	0,676
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,000	0,048	0,997
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,034	0,031	0,265

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημείωση. Η παραπάνω ανάλυση έγινε με χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

Δεν βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα με την εξαρτημένη μεταβλητή.

3.4.3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΩΝ ΜΕ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΤΟ BENTON TEST

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το Benton total.

Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο καθώς και οι ΑΨΕΠΗ των συμμετεχόντων (CTQ, BULLYING-BINARY). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται στον πίνακα 34.

Πίνακας 34. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το Benton total

		β+	SE++	P
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,033	0,024	0,181
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			

	Ναι	0,006	0,024	0,817
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,036	0,019	0,064
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,014	0,019	0,473
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,028	0,020	0,154
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,030	0,012	0,016

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημείωση. Η παραπάνω ανάλυση έγινε με χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

Βρέθηκε ότι, σημαντικά χαμηλότερες τιμές είχαν όσοι είχαν υποστεί εκφοβισμό

3.4.4. ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΗ ΠΡΟΣΟΧΗ ΜΕ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΟ CPT (CONTINUOUS PERFORMANCE TEST)

Έγιναν πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ενεργό μνήμη. Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο καθώς και οι ΑΨΕΠΗ των συμμετεχόντων (CTQ, BULLYING-BINARY). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται στον πίνακα 35.

Πίνακας 35. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διαφορά CPT HITS - CPT FALSE ALARMS

		$\beta+$	SE++	P
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,15	0,10	0,108
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			

	Ναι	-0,01	0,09	0,884
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,07	0,07	0,326
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,09	0,07	0,236
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,07	0,07	0,303
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,05	0,05	0,292

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Δεν βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα με την εξαρτημένη μεταβλητή.

3.4.5. ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΜΕ ΤΙΣ ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΟΠΩΣ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ WAIS IV-GR

Έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις νοητικές λειτουργίες. Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο καθώς και οι ΑΨΕΠΗ των συμμετεχόντων (CTQ, BULLYING-BINARY).

Τα αποτελέσματα των αναλύσεων δίνονται στους πίνακες 36-40.

Πίνακας 36. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το VCI (Verbal Comprehension Index)

		β+	SE++	P
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,001	0,033	0,980
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,031	0,030	0,297
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,027	0,025	0,276
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,030	0,027	0,263
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,019	0,025	0,442

Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,001	0,016	0,931

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημείωση. Η παραπάνω ανάλυση έγινε με χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

Δεν βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα με την εξαρτημένη μεταβλητή.

Πίνακας 37. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το WMI (Working Memory Index)

		β+	SE++	P
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,004	0,019	0,816
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,022	0,017	0,218
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,013	0,015	0,388
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,011	0,016	0,464
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,010	0,015	0,500
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,002	0,009	0,792

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημείωση. Η παραπάνω ανάλυση έγινε με χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

Δεν βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα με την εξαρτημένη μεταβλητή.

Πίνακας 38. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το PSI (Processing Speed Index)

		β+	SE++	P
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,008	0,022	0,722
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,020	0,020	0,327

Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,011	0,017	0,511
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,016	0,018	0,382
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,009	0,017	0,581
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,005	0,011	0,658

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημείωση. Η παραπάνω ανάλυση έγινε με χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

Δεν βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα με την εξαρτημένη μεταβλητή.

Πίνακας 39. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το PRI (Perceptual Reasoning Index)

		β+	SE++	P
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,05	4,30	0,990
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,62	3,90	0,873
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	5,38	3,23	0,098
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-7,98	3,49	0,023
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,38	3,24	0,671
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,24	2,08	0,909

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Σημαντικά χαμηλότερες τιμές είχαν όσοι είχαν τραύμα εξαιτίας σωματικής παραμέλησης.

Πίνακας 40. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το Full Scale IQ

		β+	SE++	P
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,74	3,71	0,842
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-4,84	3,37	0,152
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	4,78	2,79	0,089
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-5,86	3,01	0,053
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,97	2,80	0,482
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,82	1,80	0,650

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Δεν βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα με την εξαρτημένη μεταβλητή.

5. ΕΛΕΓΧΟΣ Δ ΥΠΟΘΕΣΗΣ

3.5.1. ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΟΠΩΣ ΑΥΤΗ ΑΞΙΟΛΟΓΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ SCL-90

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία κατάθλιψης όπως αυτή προέκυψε από την αντίστοιχη διάσταση της SCL-90. Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο καθώς και οι ΑΨΕΠΗ των συμμετεχόντων (CTQ, BULLYING-BINARY). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται στον πίνακα 41.

Πίνακας 41. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία κατάθλιψης

		$\beta+$	SE++	P
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,37	0,26	0,161
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,18	0,26	0,485
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,08	0,21	0,684
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,21	0,21	0,327
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,58	0,22	0,008
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,36	0,13	0,007

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Βρέθηκε ότι:

- Τα άτομα που είχαν βιώσει συναισθηματική παραμέληση είχαν κατά 0,58 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν είχαν βιώσει συναισθηματική παραμέληση.
- Τα άτομα που είχαν βιώσει εκφοβισμό είχαν κατά 0,36 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν είχαν βιώσει εκφοβισμό.

3.5.2. ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΜΕ ΤΑ ΝΟΗΤΙΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΕΑΥΤΟ ΚΑΙ ΑΛΛΟΥΣ ΟΠΩΣ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ BCSS

Έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις κλίμακες BCSS, οι οποίες αφορούν τα αρνητικά σχήματα για τον εαυτό (negative-self NS), τα θετικά σχήματα για τον εαυτό (positive-self PS), τα αρνητικά σχήματα για τους άλλους

(negative-others NO) και τα θετικά σχήματα για τους άλλους (positive-others PO). Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο καθώς και οι ΑΨΕΠΗ των συμμετεχόντων (CTQ, BULLYING-BINARY). Τα αποτελέσματα των αναλύσεων δίνονται στους πίνακες 42-45.

Πίνακας 42. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση negative-self (NS)

		β+	SE++	P
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	- 0,119 0,135		0,258
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,003	0,111	0,980
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,110	0,090	0,225
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	- 0,090 0,012		0,893
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,274	0,091	0,003
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,055	0,057	0,340

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Βρέθηκε ότι τα άτομα που είχαν υποστεί συναισθηματική παραμέληση είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση negative-self (NS).

Πίνακας 43. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση positive-self (PS)

		β+	SE++	P
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,025	0,061	0,681
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,011	0,058	0,855

Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,016	0,047	0,731
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,016	0,047	0,737
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,002	0,047	0,965
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,022	0,030	0,451

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Δεν βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα με την εξαρτημένη μεταβλητή.

Πίνακας 44. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση negative-others (NO)

		β+	SE++	P
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-	0,112	0,117
		0,177		
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,116	0,105	0,273
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,006	0,085	0,945
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,015	0,085	0,857
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,198	0,086	0,022
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,059	0,054	0,279

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Βρέθηκε ότι τα άτομα που είχαν υποστεί συναισθηματική παραμέληση είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση negative-others (NO).

Πίνακας 45. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση positive-others (PO)

		β+	SE++	P
Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-	0,077	0,377
		0,068		
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,057	0,073	0,432
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,025	0,059	0,672
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,058	0,059	0,321
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,005	0,059	0,937
Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-	0,037	0,059
		0,071		

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Δεν βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα με την εξαρτημένη μεταβλητή.

3.5.3. ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗΣ

3.5.3.1. Νοητικά Σχήματα

Κατά τον έλεγχο της Δ υπόθεσης, που αφορά την διαμεσολάβηση των σχημάτων για τον εαυτό και τους άλλους μεταξύ της συσχέτισης των ΑΨΕΠΗ με την PANSS εισόδου δεν υπάρχει θέμα διαμεσολάβησης των παραπάνω σχημάτων στη σχέση συναισθηματικής παραμέλησης και PANSS εισόδου, καθώς δεν βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά τα αρνητικά σχήματα για τον εαυτό (NS) και τα αρνητικά σχήματα για τους άλλους (NO) με τις διαστάσεις «Negative symptoms», «General symptoms» καθώς και με το συνολικό σκορ κατά την είσοδο, όπως φαίνεται στον ακόλουθο πίνακα (46).

Πίνακας 46. Αποτελέσματα γραμμικών παλινδρομήσεων με εξαρτημένες μεταβλητές με τις διαστάσεις Negative symptoms, General symptoms και το συνολικό σκορ κατά την είσοδο και ανεξάρτητες τα NS & NO

Εξαρτημένη μεταβλητή	Ανεξάρτητη μεταβλητή	β+	SE++	P
Negative symptoms (at entrance)	negative-self (NS)	0,19	0,13	0,143
	negative-other (NO)	-0,02	0,13	0,893
General symptoms (at entrance)	negative-self (NS)	0,22	0,19	0,261
	negative-other (NO)	0,26	0,20	0,188
Total symptoms (at entrance)	negative-self (NS)	0,38	0,33	0,248
	negative-other (NO)	0,49	0,35	0,159

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία και εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Για τη διερεύνηση της διαμεσολάβησης των NS και NO στη σχέση συναισθηματικής παραμέλησης και διάστασης «Positive symptoms» (βελτίωση σε 1μήνα) έγινε ιεραρχική γραμμική παλινδρόμηση. Στο πρώτο βήμα, εισήχθησαν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η βαθμολογία της ίδιας διάστασης κατά την είσοδο και οι τύποι ΑΨΕΠΗ. Στο δεύτερο βήμα, εισήχθησαν οι κλίμακες NS και NO. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται ακολούθως. (Πίνακας 47)

Πίνακας 47. Αποτελέσματα ιεραρχικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Positive symptoms», βελτίωση σε 1 μήνα.

			β+	SE++	P
1ο βήμα	Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	0,89	0,75	0,237
	Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-2,99	1,55	0,055
	Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	0,67	1,46	0,646
	Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	1,60	1,18	0,179
	Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-0,97	1,19	0,418
	Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	4,71	1,19	<0,001
2ο βήμα	Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	0,69	0,72	0,341

Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-2,30	1,49	0,124
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,83	1,40	0,552
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,12	1,14	0,324
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,91	1,13	0,423
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	3,40	1,17	0,004
negative-self (NS)		0,21	0,07	0,006
negative-other (NO)		0,15	0,08	0,048

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο και τη βαθμολογία της ίδιας διάστασης κατά την είσοδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Οι κλίμακες NS και NO βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με τη διάσταση «Positive symptoms» (βελτίωση σε 1 μήνα). Ακόμα, επειδή, λαμβάνοντας υπόψη τις κλίμακες NS και NO, η συναισθηματική παραμέληση εξακολουθεί και σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση «Positive symptoms» (βελτίωση σε 1 μήνα). », τίθεται θέμα μερικής διαμεσολάβησης των κλιμάκων NS και NO. Συγκεκριμένα, βάσει του Sobel test, βρέθηκε ότι η μερική διαμεσολάβηση της NS στη σχέση της συναισθηματικής παραμέλησης με τη διάσταση «Positive symptoms» (βελτίωση σε 1 μήνα) ήταν σημαντική ($p=0,021$), ενώ της NO δεν ήταν σημαντική ($p=0,108$)

Για τη διερεύνηση της διαμεσολάβησης της NS στη σχέση συναισθηματικής παραμέλησης και διάστασης «Negative symptoms» (βελτίωση σε 1 μήνα) έγινε ιεραρχική γραμμική παλινδρόμηση. Στο πρώτο βήμα, εισήχθησαν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η βαθμολογία της ίδιας διάστασης κατά την είσοδο και οι τύποι ΑΨΕΠΗ. Στο δεύτερο βήμα, εισήχθη η κλίμακα NS. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται ακολούθως. (Πίνακας 48)

Πίνακας 48. Αποτελέσματα ιεραρχικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Negative symptoms», βελτίωση σε 1 μήνα

			β+	SE++	P
1ο βήμα	Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	1,55	0,70	0,028
	Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-2,29	1,45	0,116
	Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	1,09	1,35	0,421
	Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-0,78	1,09	0,479
	Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	0,27	1,10	0,806
	Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	2,90	1,12	0,010
2ο βήμα	Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	1,53	0,69	0,027
	Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-1,94	1,43	0,176
	Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	1,32	1,33	0,324
	Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-1,13	1,08	0,298
	Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	0,35	1,08	0,744
	Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	2,16	1,12	0,056
negative-self (NS)			0,18	0,06	0,004

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο και τη βαθμολογία της ίδιας διάστασης κατά την είσοδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η κλίμακα NS βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση «Negative symptoms» (βελτίωση σε 1 μήνα). Ακόμα, επειδή, λαμβάνοντας υπόψη την κλίμακα NS, η συναισθηματική παραμέληση δεν σχετιζόταν σημαντικά με τη διάσταση «Negative symptoms» (βελτίωση σε 1 μήνα), τίθεται θέμα πλήρους διαμεσολάβησης της κλίμακας NS. Συγκεκριμένα, βάσει του Sobel test, βρέθηκε ότι η πλήρης διαμεσολάβηση της NS στη

σχέση της συναισθηματικής παραμέλησης με τη διάσταση «Negative symptoms» (βελτίωση σε 1 μήνα) δεν ήταν σημαντική ($p=0,059$).

Για τη διερεύνηση της διαμεσολάβησης της NS στη σχέση συναισθηματικής παραμέλησης και διάστασης «General symptoms» (βελτίωση σε 1 μήνα), έγινε ιεραρχική γραμμική παλινδρόμηση. Στο πρώτο βήμα, εισήχθησαν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η βαθμολογία της ίδιας διάστασης κατά την είσοδο και οι τύποι ΑΨΕΠΗ. Στο δεύτερο βήμα, εισήχθη η κλίμακα NS. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται ακολούθως. (Πίνακας 49)

Πίνακας 49. Αποτελέσματα ιεραρχικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «General symptoms», βελτίωση σε 1 μήνα

			β+	SE++	P
1ο βήμα	Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	1,78	1,20	0,138
	Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-3,56	2,46	0,149
	Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	0,39	2,32	0,866
	Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-0,51	1,86	0,785
	Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	0,26	1,88	0,890
	Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	6,18	1,90	0,001
2ο βήμα	Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	1,63	1,15	0,157
	Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-2,68	2,36	0,258
	Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	0,87	2,22	0,696
	Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-1,47	1,79	0,414
	Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			

	Ναι	0,54	1,80	0,762
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	4,34	1,86	0,021
negative-self (NS)		0,47	0,10	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο και τη βαθμολογία της ίδιας διάστασης κατά την είσοδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η κλίμακα NS βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση «General symptoms» (βελτίωση σε 1 μήνα). Ακόμα, επειδή, λαμβάνοντας υπόψη την κλίμακα NS, η συναισθηματική παραμέληση εξακολουθούσε να σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση «General symptoms» (βελτίωση σε 1 μήνα), τίθεται θέμα μερικής διαμεσολάβησης της κλίμακας NS. Συγκεκριμένα, βάσει του Sobel test, βρέθηκε ότι **η μερική διαμεσολάβηση της NS στη σχέση της συναισθηματικής παραμέλησης με τη διάσταση «General symptoms» (βελτίωση σε 1 μήνα) ήταν σημαντική (p=0,019).**

Για τη διερεύνηση της διαμεσολάβησης της NS στη σχέση συναισθηματικής παραμέλησης και συνολικής βαθμολογίας συμπτωμάτων «Total symptoms» (βελτίωση σε 1 μήνα) έγινε ιεραρχική γραμμική παλινδρόμηση. Στο πρώτο βήμα, εισήχθησαν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η συνολική βαθμολογία συμπτωμάτων κατά την είσοδο και οι τύποι ΑΨΕΠΗ. Στο δεύτερο βήμα, εισήχθη η κλίμακα NS. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται ακολούθως. (Πίνακας 50)

Πίνακας 50. Αποτελέσματα ιεραρχικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία συμπτωμάτων, «Total», βελτίωση σε 1 μήνα

			β+	SE++	P
1ο βήμα	Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	4,43	2,35	0,061
	Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-9,04	4,85	0,064
	Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	2,47	4,56	0,590

	Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	0,92	3,67	0,801
	Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-0,93	3,70	0,801
	Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	13,95	3,74	<0,001
2ο βήμα	Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	4,23	2,25	0,061
	Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-7,35	4,65	0,115
	Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	3,43	4,36	0,433
	Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-0,98	3,53	0,780
	Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-0,33	3,54	0,926
	Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	10,33	3,66	0,005
	negative-self (NS)		0,93	0,21	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο και τη συνολική βαθμολογία κατά την είσοδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η κλίμακα NS βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τα «Total symptoms» (βελτίωση σε 1 μήνα). Ακόμα, επειδή, λαμβάνοντας υπόψη την κλίμακα NS, η συναισθηματική παραμέληση εξακολουθούσε να σχετίζεται σημαντικά με τα «Total symptoms»(βελτίωση σε 1 μήνα)», τίθεται θέμα μερικής διαμεσολάβησης της κλίμακας NS. Συγκεκριμένα, βάσει του Sobel test, βρέθηκε ότι η μερική διαμεσολάβηση της NS στη σχέση της συναισθηματικής παραμέλησης με τα «Total symptoms» (βελτίωση σε 1 μήνα) ήταν σημαντική (p=0,017).

3.5.3.2. Κατάθλιψη

Στα πλαίσια ελέγχου της Δ υπόθεσης σε ότι αφορά την διαμεσολάβηση της κατάθλιψης μεταξύ ΑΨΕΠΗ και συμπτωμάτων, για τη διερεύνηση της διαμεσολάβησης της κατάθλιψης στη σχέση συναισθηματικής παραμέλησης και διάστασης «General symptoms (εισόδου)» έγινε ιεραρχική γραμμική παλινδρόμηση. Στο πρώτο βήμα, εισήχθησαν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και τα είδη τραύματος. Στο δεύτερο βήμα, εισήχθη και η κλίμακα κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται ακολούθως.

Πίνακας 51. Αποτελέσματα ιεραρχικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «General Symptoms» (εισόδου)

			β+	SE++	P
1ο βήμα	Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-3,76	1,92	0,052
	Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-5,66	3,81	0,139
	Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-4,97	3,83	0,196
	Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-1,43	3,02	0,636
	Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	4,51	3,05	0,142
	Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	7,24	3,14	0,022
2ο βήμα	Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-5,00	1,91	0,009
	Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-4,40	3,73	0,240
	Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-4,34	3,73	0,247
	Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-1,72	2,95	0,559
	Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	3,80	2,98	0,204
	Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	5,26	3,12	0,093
Κατάθλιψη			3,44	1,01	0,001

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο

++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η κλίμακα κατάθλιψης βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση «General symptoms (εισόδου)». Επίσης, επειδή, λαμβάνοντας υπόψη την κλίμακα κατάθλιψης, η συναισθηματική παραμέληση δεν σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση «General symptoms (εισόδου)», τίθεται θέμα πλήρους διαμεσολάβησης της κλίμακας κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, βάσει του Sobel test, βρέθηκε **ότι η πλήρης διαμεσολάβηση της κατάθλιψης στη σχέση της συναισθηματικής παραμέλησης με τη διάσταση «General symptoms (εισόδου)» ήταν σημαντική (p=0,033).**

Για τη διερεύνηση της διαμεσολάβησης της κατάθλιψης στη σχέση συναισθηματικής παραμέλησης και συνολικών συμπτωμάτων κατά την είσοδο έγινε ιεραρχική γραμμική παλινδρόμηση. Στο πρώτο βήμα, εισήχθησαν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και οι τύποι ΑΨΕΠΗ. Στο δεύτερο βήμα, εισήχθη και η κλίμακα κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται ακολούθως. (Πίνακας 52.)

Πίνακας 52. Αποτελέσματα ιεραρχικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Total Symptoms» (συνολική βαθμολογία συμπτωμάτων κατά την είσοδο)

			β+	SE++	P
1ο βήμα	Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-4,25	3,32	0,202
	Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-13,35	6,56	0,043
	Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-8,91	6,60	0,178
	Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-1,75	5,21	0,737
	Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	9,39	5,27	0,076
	Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	13,15	5,42	0,016
2ο βήμα	Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-5,88	3,34	0,080
	Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-11,70	6,50	0,073
	Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-8,08	6,51	0,216

	Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-2,13	5,14	0,679
	Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	8,46	5,21	0,106
	Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	10,56	5,44	0,054
	Κατάθλιψη		4,50	1,76	0,011

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η κλίμακα κατάθλιψης βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία συνολικών συμπτωμάτων κατά την είσοδο. Ακόμα, επειδή, λαμβάνοντας υπόψη την κλίμακα κατάθλιψης, η συναισθηματική παραμέληση δεν σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία συνολικών συμπτωμάτων κατά την είσοδο, τίθεται θέμα πλήρους διαμεσολάβησης της κλίμακας κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, βάσει του Sobel test, βρέθηκε ότι η **πλήρης διαμεσολάβηση της κατάθλιψης στη σχέση της συναισθηματικής παραμέλησης με τη βαθμολογία συνολικών συμπτωμάτων κατά την είσοδο ήταν σημαντική (p=0,047).**

Για τη διερεύνηση της διαμεσολάβησης της κατάθλιψης στη σχέση συναισθηματικής παραμέλησης και διάστασης «Positive symptoms(βελτίωση σε 1 μήνα)» έγινε ιεραρχική γραμμική παλινδρόμηση. Στο πρώτο βήμα, εισήχθησαν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η βαθμολογία της ίδιας διάστασης κατά την είσοδο και οι τύποι ΑΨΕΠΗ. Στο δεύτερο βήμα, εισήχθη και η κλίμακα κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται ακολούθως.

Πίνακας 53. Αποτελέσματα ιεραρχικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Positive symptoms», βελτίωση σε ένα 1 μήνα

			β+	SE++	P
1ο βήμα	Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	1,03	0,76	0,178
	Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-2,71	1,52	0,075

	Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	0,35	1,52	0,818
	Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	1,19	1,21	0,325
	Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-1,41	1,23	0,253
	Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	4,90	1,25	<0,001
2ο βήμα	Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	0,69	0,77	0,374
	Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-2,40	1,51	0,113
	Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	0,50	1,51	0,741
	Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	1,08	1,19	0,366
	Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-1,56	1,22	0,202
	Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	4,37	1,26	0,001
	Κατάθλιψη		0,95	0,41	0,021

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο και τη βαθμολογία της ίδιας διάστασης κατά την είσοδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η κλίμακα κατάθλιψης βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση «Positive symptoms(βελτίωση σε 1 μήνα)». Ακόμα, επειδή, λαμβάνοντας υπόψη την κλίμακα κατάθλιψης, η συναισθηματική παραμέληση εξακολουθεί και σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση «Positive symptoms(βελτίωση σε 1 μήνα)», τίθεται θέμα μερικής διαμεσολάβησης της κλίμακας κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, βάσει του Sobel test, βρέθηκε ότι η μερική διαμεσολάβηση της κατάθλιψης στη σχέση της συναισθηματικής παραμέλησης με τη διάσταση «Positive symptoms(βελτίωση σε 1 μήνα)» ήταν σημαντική ($p=0,041$).

Για τη διερεύνηση της διαμεσολάβησης της κατάθλιψης στη σχέση συναισθηματικής παραμέλησης και διάστασης «Negative symptoms(βελτίωση σε 1 μήνα)» έγινε ιεραρχική γραμμική παλινδρόμηση. Στο πρώτο βήμα, εισήχθησαν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η βαθμολογία της ίδιας διάστασης κατά την είσοδο και οι τύποι ΑΨΕΠΗ. Στο

δεύτερο βήμα, εισήχθη και η κλίμακα κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται ακολούθως. (Πίνακας 54)

Πίνακας 54. Αποτελέσματα ιεραρχικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Negative symptoms», βελτίωση σε 1 μήνα

			β+	SE++	P
1ο βήμα	Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	1,76	0,71	0,014
	Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-1,94	1,41	0,172
	Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	0,68	1,41	0,632
	Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-1,21	1,11	0,278
	Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-0,18	1,12	0,871
	Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	3,40	1,17	0,004
2ο βήμα	Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	1,52	0,72	0,036
	Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-1,72	1,41	0,226
	Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	0,79	1,40	0,576
	Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-1,26	1,11	0,257
	Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-0,31	1,12	0,782
	Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	3,04	1,18	0,011
Κατάθλιψη			0,63	0,38	0,097

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο και τη βαθμολογία της ίδιας διάστασης κατά την είσοδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η κλίμακα κατάθλιψης δεν βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση «Negative symptoms(βελτίωση σε 1 μήνα)» αφού λήφθηκε υπόψη οι ΑΨΕΠΗ οπότε δεν τίθεται θέμα διαμεσολάβησης.

Για τη διερεύνηση της διαμεσολάβησης της κατάθλιψης στη σχέση συναισθηματικής παραμέλησης και διάστασης «General symptoms (βελτίωση σε 1 μήνα)» έγινε ιεραρχική γραμμική παλινδρόμηση. Στο πρώτο βήμα, εισήχθησαν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η βαθμολογία της ίδιας διάστασης κατά την είσοδο και οι τύποι ΑΨΕΠΗ. Στο δεύτερο βήμα, εισήχθη και η κλίμακα κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται ακολούθως. (Πίνακας 55)

Πίνακας 55. Αποτελέσματα ιεραρχικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «General symptoms», βελτίωση σε 1 μήνα

			β+	SE++	P
1ο βήμα	Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	1,79	1,22	0,144
	Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-3,93	2,40	0,103
	Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	0,41	2,41	0,865
	Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-0,90	1,90	0,637
	Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-0,28	1,93	0,884
	Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	6,72	2,00	0,001
2ο βήμα	Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	1,13	1,24	0,361
	Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-3,51	2,38	0,143
	Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	0,57	2,39	0,811
	Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-1,07	1,88	0,571
	Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-0,49	1,91	0,797
	Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	6,01	2,00	0,003
Κατάθλιψη			1,55	0,66	0,020

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο και τη βαθμολογία της ίδιας διάστασης κατά την είσοδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η κλίμακα κατάθλιψης βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση «General symptoms(βελτίωση σε 1 μήνα)». Ακόμα, επειδή, λαμβάνοντας υπόψη την κλίμακα κατάθλιψης, η συναισθηματική παραμέληση εξακολουθεί και σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση «General symptoms (βελτίωση σε 1 μήνα)», τίθεται θέμα μερικής διαμεσολάβησης της κλίμακας κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, βάσει του Sobel test, βρέθηκε ότι η μερική διαμεσολάβηση της κατάθλιψης στη σχέση της συναισθηματικής παραμέλησης με τη διάσταση «General symptoms (βελτίωση σε 1 μήνα)» ήταν σημαντική ($p=0,042$).

Για τη διερεύνηση της διαμεσολάβησης της κατάθλιψης στη σχέση συναισθηματικής παραμέλησης και «Total symptoms (βελτίωση σε 1 μήνα)» έγινε ιεραρχική γραμμική παλινδρόμηση. Στο πρώτο βήμα, εισήχθησαν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η βαθμολογία της ίδιας διάστασης κατά την είσοδο και οι τύποι ΑΨΕΠΗ. Στο δεύτερο βήμα, εισήχθη και η κλίμακα κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται ακολούθως. (Πίνακας 56)

Πίνακας 56. Αποτελέσματα ιεραρχικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Total symptoms», βελτίωση σε 1 μήνα

			β+	SE++	P
1ο βήμα	Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	4,75	2,39	0,049
	Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-8,79	4,74	0,065
	Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	1,65	4,74	0,729
	Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-0,31	3,73	0,934
	Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	-2,34	3,80	0,538
	Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	15,14	3,93	<0,001
2ο βήμα	Εκφοβισμός	Όχι (αναφορά)			
		Ναι	3,61	2,42	0,138

Σωματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-8,00	4,71	0,091
Σεξουαλική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,99	4,70	0,672
Συναισθηματική κακοποίηση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,59	3,70	0,874
Σωματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-2,75	3,77	0,466
Συναισθηματική παραμέληση	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	13,75	3,94	0,001
Κατάθλιψη		2,89	1,29	0,026

+συντελεστής εξάρτησης λαμβάνοντας υπόψη φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο και τη βαθμολογία της ίδιας διάστασης κατά την είσοδο ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η κλίμακα κατάθλιψης βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία «Total symptoms (βελτίωση σε 1 μήνα)». Ακόμα, επειδή, λαμβάνοντας υπόψη την κλίμακα κατάθλιψης, η συναισθηματική παραμέληση εξακολουθεί και σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία «Total symptoms (βελτίωση σε 1 μήνα)», τίθεται θέμα μερικής διαμεσολάβησης της κλίμακας κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, βάσει του Sobel test, βρέθηκε ότι **η μερική διαμεσολάβηση της κατάθλιψης στη σχέση της συναισθηματικής παραμέλησης με τη βαθμολογία «Total symptoms (βελτίωση σε 1 μήνα)» ήταν σημαντική ($p=0,041$).**

4.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.1. Αριθμός και ποσοστά των ασθενών με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο και ιστορικό ΑΨΕΠΗ. Αναλογίες ανδρών και γυναικών.

Από τα 225 άτομα, τα οποία κρίθηκαν κατάλληλα, έδωσαν την συναίνεσή τους και τελικά μελετήθηκαν από την Athens FEP Study, οι άνδρες ήταν το 67,1% (N:151) και οι γυναίκες το 32,9% (N:74). Η πλειοψηφία των μελετηθέντων ήταν άνδρες, γεγονός το οποίο εν μέρει οφείλεται στη σημαντική συμμετοχή του 414 Στρατιωτικού Νοσοκομείου με άρρενες υπόχρεους στράτευσης (9,8% N:22). Το πρώτο σημαντικό εύρημά μας είναι η υψηλή συχνότητα των ασθενών, οι οποίοι έχουν ιστορικό Αντίξοης Ψυχοτραυματικής Εμπειρίας στην Παιδική Ηλικία (ΑΨΕΠΗ), όπως αυτή την έχουμε καταγράψει με το Ερωτηματολόγιο Παιδικού Τραύματος (Childhood Trauma Questionnaire-CTQ) και το Ερωτηματολόγιο Εκφοβισμού (Bullying): Το 82,1% των ασθενών της μελέτης είχαν ιστορικό τουλάχιστον μίας ΑΨΕΠΗ. Το εύρημά μας αυτό έρχεται ως συνέχεια εργασιών,⁽²³⁷⁻²³⁹⁾ οι οποίες αναφέρουν επίπτωση των ΑΨΕΠΗ από 60-82% σε ασθενείς με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο (FEP), ενώ πρόσφατη εργασία σε FEP ασθενείς χρησιμοποιώντας το αποκλειστικά το CTQ, χωρίς να υπολογίσει τον εκφοβισμό, κατέγραψε ποσοστό 61%.⁽²³⁹⁾

Στα αποτελέσματά μας η συχνότερη ΑΨΕΠΗ (51,4% N:114) ήταν ο εκφοβισμός και η δεύτερη συχνότερη η συναισθηματική παραμέληση (15,8% N:35). Σε συχνότητα ακολουθεί η παραμέληση βασικών αναγκών για τροφή, ένδυση και για ιατρική φροντίδα (σωματική παραμέληση) (15,4 N:34), η συναισθηματική κακοποίηση 14% (N:31), η σωματική κακοποίηση 9% (N:20) και λιγότερο συχνή είναι η σεξουαλική κακοποίηση 8,6% (N:19). Σε σχέση με το φύλο, στην συναισθηματική παραμέληση και την σωματική παραμέληση τα ποσοστά των ανδρών είναι μεγαλύτερα, ενώ στη συναισθηματική κακοποίηση, τη σωματική κακοποίηση και τη σεξουαλική κακοποίηση είναι μεγαλύτερα τα ποσοστά των γυναικών.

Ο Εκφοβισμός καταγράφηκε στους συμμετέχοντες στη μελέτη μας σε ίδια συχνότητα σε γυναίκες και άνδρες. Οι Trotta et al 2013⁽¹⁰⁶⁾ έχουν αναφέρει ότι το 48% των ασθενών με FEP στο δείγμα ασθενών τους, που τελικά πήρε διάγνωση Σχιζοφρένεια, αναφέρει εκφοβισμό, ενώ στα άτομα με FEP και τελική διάγνωση 'Συναισθηματική Ψύχωση', το ποσοστό ήταν 44%. Σε αυτή τη μελέτη, όπως και στη δική μας, δεν υπάρχει μεγαλύτερη επικράτηση του εκφοβισμού σε ασθενείς με FEP σε κάποιο από τα δύο φύλα. Οι Braun et al 2022⁽³⁴⁾ στο δείγμα τους αναφέρουν ποσοστά εκφοβισμού σε άτομα με πρώιμη ψύχωση σε ποσοστό 62% με μεγαλύτερη επικράτηση των ανδρών. Και στις δύο παραπάνω εργασίες τα ποσοστά εκφοβισμού ήταν μεγαλύτερα στο πληθυσμό των κλινικά πασχόντων από το δείγμα ελέγχου του γενικού πληθυσμού. Ο προσανατολισμός της δικής μας έρευνας ήταν η σύγκριση ασθενών θετικών σε ιστορικό ΑΨΕΠΗ με ασθενείς αρνητικούς σε ιστορικό ΑΨΕΠΗ και είχε στόχο τον έλεγχο υποθέσεων, οι οποίες αφορούν πιθανές διαφοροποιήσεις μεταξύ τους στην πορεία και την πρόγνωση του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου. Έτσι στη δική μας μελέτη δεν υπάρχει δείγμα ελέγχου ασθενών, οι οποίοι να μην αναφέρουν μείζονα ψυχοπαθολογία. Ωστόσο, ανασκοπώντας τις επιδημιολογικές μελέτες σε ελληνικό πληθυσμό οι Κοκκέβη και συν.2015⁽²⁴⁰⁾ αναφέρουν ποσοστά σοβαρού και συνεχούς εκφοβισμού 8,5%, με τους άρρενες να φτάνουν σε ποσοστά 23,9% σε εμπειρία βιαιοπραγίας τον τελευταίο χρόνο και τα θήλεα 8,3%. Επιπρόσθετα, το ποσοστό του διαδικτυακού εκφοβισμού στην Ελλάδα ανέρχεται σε 27% με αυξητικές τάσεις και μεγαλύτερο κίνδυνο θυματοποίησης των θηλέων. (Tsitsika et al., 2015)⁽²⁴¹⁾ Παλαιότερες αναφορές στη βιβλιογραφία θεωρούσαν τους άντρες πιο εκτεθειμένους σε πολλούς κοινωνικούς παράγοντες που συσχετίζονται με τον εκφοβισμό και επομένως πιο πιθανόν να υποστούν εκφοβισμό. (Arseneault et al., 2010; Liang et al., 2007)⁽²⁴²⁻²⁴³⁾ Ωστόσο, τα ευρήματα των Trotta et al συνηγορούν στο ότι η συσχέτιση του εκφοβισμού με εμφάνιση ψύχωσης πιθανόν να είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες. Η εξήγηση, η οποία δόθηκε, είναι ότι οι επιπτώσεις της κακοποίησης στις γυναίκες μάλλον εσωτερικεύονται, σε αντίθεση με τους

άνδρες που τις εξωτερικεύουν σε συμπεριφορές. Η εσωτερίκευση των επιπτώσεων αυτών (internalization) έχει αναφερθεί ως πιθανός μεσολαβητικός παράγοντας στην ανάπτυξη ψυχωσικής συμπτωματολογίας από τους Fisher et al 2012⁽²⁴⁴⁾

Οι Pruessner et al 2018⁽²⁴⁵⁾ έχουν αναφέρει αυξημένη συχνότητα παραμέλησης στους άνδρες ασθενείς με FEP και αυξημένη συχνότητα συναισθηματικής και σεξουαλικής κακοποίησης στις γυναίκες. Η αυξημένη συχνότητα της σεξουαλικής κακοποίησης στις γυναίκες υποστηρίζεται και από πρόσφατη δημοσίευση των Vila Badia et al 2021⁽²⁴⁶⁾ Τα ευρήματά μας συμφωνούν με τις παραπάνω εργασίες κατά το μεγαλύτερο μέρος, εκτός από τα ευρήματα των Pruessner et al που αφορούν την σωματική κακοποίηση, οι οποίοι αναφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά στους άντρες ασθενείς αντίθετα από εμάς. Μεθοδολογικοί λόγοι όπως το μέγεθος δείγματος θα μπορούσαν ίσως να εξηγήσουν αυτή την διαφορά.

Τα ευρήματά μας σε σχέση με την συχνότητα της συναισθηματικής και σωματικής παραμέλησης μαζί με την συχνότητα της συναισθηματικής κακοποίησης συμφωνούν με την τρέχουσα βιβλιογραφία στην οποία οι ΑΨΕΠΗ αυτές τείνουν ολοένα να είναι οι περισσότερο συχνά αναφερόμενες.^(88,237-239,246) Η συχνότητά τους αυτή μάλιστα επιβεβαιώνεται τόσο σε δείγματα ελέγχου πληθυσμού χωρίς ψυχοπαθολογία, όσο και σε ασθενείς με ψύχωση. Σε παλαιότερες δημοσιεύσεις οι ερευνητές προτιμούσαν την ανίχνευση προς μελέτη της 'σοβαρής κακοποίησης,' η οποία περιλάμβανε κυρίως τη σωματική και την σεξουαλική κακοποίηση. Ωστόσο, το ενδιαφέρον για την συσχέτιση του είδους της ΑΨΕΠΗ με την ψυχωσική συμπτωματολογία και την τελική διάγνωση έφερε την ανάγκη μιας πιο ευρείας καταγραφής, η οποία να περιλαμβάνει και την παραμέληση. Έτσι το εργαλείο που χρησιμοποιήσαμε (CTQ), το οποίο περιλαμβάνει, πέρα από την κακοποίηση, την σωματική και την συναισθηματική παραμέληση, έχει θεωρηθεί από ερευνητές ότι δίνει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα σε σχέση με τη συχνότητά των

ΑΨΕΠΗ.⁽²³³⁾ Τέλος, όπως προκύπτει τόσο από τη δική μας μελέτη όσο και από μια σειρά μελετών,^(109,237-239) τα είδη των ΑΨΕΠΗ πολύ συχνά φαίνεται να συνυπάρχουν και η ανεύρεση ενός μόνου είδους ΑΨΕΠΗ είναι μάλλον η εξαίρεση παρά ο κανόνας. Αυτό θα μπορούσε να σημαίνει ότι οι επιπτώσεις τους πάνω στη ψυχοπαθολογία αλληλεπικαλύπτονται.

4.2. Συζήτηση της σχέσης των ΑΨΕΠΗ με την ψυχωσική συμπτωματολογία.

Από την ανάλυση των δεδομένων αξιολόγησης των ψυχωσικών συμπτωμάτων κατά την είσοδο στη μελέτη των ασθενών με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο, βρέθηκε ότι οι ασθενείς που είχαν βιώσει εκφοβισμό δεν έχουν σημαντικά αυξημένα ψυχωσικά συμπτώματα, ούτε σημαντικά αυξημένες βαθμολογήσεις στην υποκλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας και στο συνολικό αποτέλεσμα της κλίμακας σε σχέση με τους ασθενείς οι οποίοι δεν έχουν ιστορικό εκφοβισμού. Ενδιαφέρον, ωστόσο έχει ότι βρέθηκε οι ασθενείς με εκφοβισμό να έχουν σημαντικά αυξημένα αρνητικά συμπτώματα ($\beta=1,66$, $SE=0,70$, $p=0,018$) και αυξημένο συνολικό αποτέλεσμα της PANSS ($\beta=4,81$, $SE=2,34$, $p=0,041$) μετά από ένα μήνα θεραπείας.

Στην στατιστική ανάλυση των δεδομένων από την αξιολόγηση της ψυχοπαθολογίας με την PANSS μετά από ένα μήνα συνήθους θεραπείας (treatment as usual), όπως έχει αναφερθεί στη Μεθοδολογία και τα Αποτελέσματα, έχει ληφθεί υπόψη η PANSS εισόδου, επομένως η συσχέτιση του εκφοβισμού με αυξημένες τιμές της PANSS του μήνα θα μπορούσαν να αποτελούν δείκτη μειωμένου θεραπευτικού αποτελέσματος για τους ασθενείς αυτούς. (PANSS βελτίωση σε 1 μήνα)

Τα αποτελέσματά μας συμφωνούν με τους Mackie et al. (2011)⁽²⁴⁷⁾ οι οποίοι βρήκαν ότι η θυματοποίηση από εκφοβισμό αύξησε σημαντικά τον κίνδυνο επίμονων σε θεραπεία ψυχωσικών συμπτωμάτων έως και τρεις φορές, κατατάσσοντας τον εκφοβισμό σε υψηλότερο παράγοντα κινδύνου για επίμονα συμπτώματα από το άγχος, την κατάθλιψη

και τη χρήση ουσιών. Ωστόσο, από τα αποτελέσματά μας, μολονότι αυτά κινούνται πάνω στον άξονα της παραπάνω δημοσίευσης, δεν βρέθηκε συσχέτιση του εκφοβισμού με μειωμένο δείκτη ύφεσης (remission) σύμφωνα με τα κριτήρια Andreasen (OR=0,94, 95% CI 0,53 – 1,68, p=0.847).

Η τάση αυτή για μειωμένο θεραπευτικό αποτέλεσμα στους ασθενείς με FEP και ιστορικό εκφοβισμού θα μπορούσε να εξηγηθεί με βάση την θεωρία της προσκόλλησης και υποστηρίζει την υπόθεση της κοινωνικής ήττας. Σύμφωνα με αυτές, το μαθημένο από τον εκφοβισμό αβοήθητο (helpless) και η προοιωνίζουσα ήττα-απαισιοδοξία για την έκβαση των κοινωνικών σχέσεων των ασθενών μας με ιστορικό εκφοβισμού, πιθανόν να επηρέασε προς το χειρότερο την έκβαση της θεραπευτικής σχέσης και του αποτελέσματος στα αντίστοιχα συμπτώματα. Από πλευράς νευροφυσιολογίας εκτός από το τραυματογενές νευροαναπτυξιακό μοντέλο με την αποδιοργάνωση του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων που εκτεταμένα έχει περιγραφεί στο Γενικό Μέρος, τα αποτελέσματά μας μπορούν να ερμηνευτούν και από επίπτωση του εκφοβισμού στην δραστηριότητα των μεσομεταιχμιακών ντοπαμινεργικών νευρώνων στην κοιλιακή περιοχή της καλύπτρας, η οποία θεωρείται καθοριστική για την ευαισθησία σε συμπεριφορές και την ελαστικότητα στα συνεχή στρες της κοινωνικής ήττας. (Cao et al., 2010)⁽²⁴⁸⁾

Από την αξιολόγηση των θετικών ψυχωσικών συμπτωμάτων κατά την είσοδο στη μελέτη των ασθενών με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο βρέθηκε ότι οι ασθενείς που είχαν βιώσει παραμέληση των βασικών αναγκών τροφής, ένδυσης και ιατρικής φροντίδας στην παιδική ηλικία (σωματική παραμέληση, physical neglect) εμφανίζουν σε σημαντικό βαθμό αυξημένη βαρύτητα θετικών ψυχωσικών συμπτωμάτων σε σχέση με τα άτομα που δεν αναφέρουν σωματική παραμέληση στο ιστορικό τους ($\beta=3,07$, $SE=1,50$, $p=0,042$). Ωστόσο, στην αξιολόγηση μετά από ένα μήνα συνήθους θεραπείας (treatment as usual) οι ασθενείς που αναφέρουν εμπειρίες συναισθηματικής παραμέλησης είναι αυτοί οι οποίοι εμφανίζουν

σημαντικά αυξημένη βαρύτητα θετικών συμπτωμάτων και μειωμένη βελτίωση πάντα σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς ιστορικό συναισθηματικής παραμέλησης ($\beta=4,60$, $SE=1,19$, $p<0,001$).

Οι ασθενείς με ιστορικό συναισθηματικής παραμέλησης εμφανίζουν σημαντικά περισσότερα αρνητικά συμπτώματα ($\beta=4,62$, $SE=1,99$, $p=0,021$), συμπτώματα γενικής ψυχοπαθολογίας ($\beta=6,15$, $SE=2,98$, $p=0,040$) και συνολικό αποτέλεσμα PANSS ($\beta=12,9$, $SE=5,13$, $p=0,019$) κατά την είσοδο τους στην μελέτη. Μετά από ένα μήνα συνήθους θεραπείας ενδιαφέρον προκαλεί η σημαντικά μικρότερη ύφεση των συμπτωμάτων των ασθενών με ιστορικό συναισθηματικής παραμέλησης σε όλες τις διαστάσεις της PANSS (βελτίωση σε 1 μήνα) και επομένως η τάση για βαρύτερη έκβαση της θεραπευτικής πορείας των ασθενών με ιστορικό συναισθηματικής παραμέλησης. (θετικά: $\beta=4,60$, $SE=1,19$, $p<0,001$, αρνητικά: $\beta=2,81$ $SE=1,12$ $p=0,013$, γενική ψυχοπαθολογία: $\beta=6,08$, $SE=1,89$, $p=0,002$ και συνολικό αποτέλεσμα: $\beta=13,64$, $SE=3,74$, $p<0,001$)

Τα αποτελέσματά μας, τα οποία αφορούν τα αρνητικά συμπτώματα κατά την είσοδο στη μελέτη, συμφωνούν με σειρά μελετών, οι οποίες αναφέρθηκαν στο Γενικό Μέρος και υποστηρίζουν τη συσχέτιση της συναισθηματικής παραμέλησης με αύξηση της βαρύτητας των αρνητικών ψυχωσικών συμπτωμάτων.^(115,123-124) Επίσης βρίσκονται στην ίδια γραμμή με την πρόσφατη μεταανάλυσή των Baily et al 2018⁽²⁴⁹⁾ τα αποτελέσματα της οποίας έδειξαν ότι η ανάπτυξη των αρνητικών συμπτωμάτων βρέθηκε να συσχετίζεται ειδικά με την παραμέληση και όχι με την κακοποίηση ή την συνολική ποσοτική εκτίμηση του παιδικού ψυχικού τραύματος. Επί πλέον, τα αποτελέσματά μας στην γενική ψυχοπαθολογία είναι στην ίδια κατεύθυνση με τις αναφορές που έχουν αναφερθεί στο Γενικό Μέρος και συσχετίζουν την συναισθηματική παραμέληση με άγχος, κατάθλιψη, ιδέες ενοχής, ανησυχία και ευερεθιστότητα,⁽¹²⁵⁻¹²⁷⁾ σε πλαίσια συνολικής εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας.⁽⁸⁸⁾ Τέλος τα αποτελέσματά μας που αφορούν την συσχέτιση της

συναισθηματικής παραμέλησης, όπως και του εκφοβισμού, με τάση για μειωμένη ύφεση των συμπτωμάτων μετά από ένα μήνα κανονικής θεραπείας, κινούνται στην ίδια κατεύθυνση με την εργασία των Aas et al 2016⁽¹²⁵⁾ και υποστηρίζουν τα συμπεράσματα των Pruessner et al 2021⁽²⁵⁰⁾ που αναφέρουν ότι η μειωμένη ύφεση των συμπτωμάτων θα μπορούσε να είναι μία σημαντική επίπτωση των ΑΨΕΠΗ στην πορεία του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου, ακόμα και σε ασθενείς στους οποίους η επίπτωση δεν είναι εμφανής κατά την εισαγωγή τους. Εδώ πρέπει να αναφερθεί ωστόσο, ότι και στην συναισθηματική παραμέληση, όπως και στον εκφοβισμό, δεν βρέθηκε συσχέτιση με μειωμένο δείκτη ύφεσης (remission) σύμφωνα με τα κριτήρια Andreasen. (OR=0,77, 95% CI 0,31 – 1,92, p=0,598).

Η παραμέληση των συναισθηματικών και βιολογικών αναγκών του ατόμου έχει συνδεθεί με ανασφαλή προσκόλληση⁽²⁴⁹⁾ και δυσλειτουργικές νοητικές διεργασίες αρνητικών σχημάτων για τον εαυτό, κατάθλιψη και τέλος συνεχές στρες, το οποίο έχει συσχετιστεί με τελική απορρύθμιση της ντοπαμινεργικής λειτουργίας.^(131,198,251-252) Το μοντέλο αυτό που έχει περιγραφεί ως ‘συναισθηματικό μονοπάτι στην ψύχωση’ θα μπορούσε να είναι και το θεωρητικό πλαίσιο το οποίο εξηγεί τα αποτελέσματά μας.

Η υπόθεσή μας ότι σοβαρή κακοποίηση, (σεξουαλική, σωματική, συναισθηματική) συσχετίζεται σημαντικά με σοβαρότερα ψυχωσικά συμπτώματα δεν επιβεβαιώνεται από τα αποτελέσματα των αναλύσεών μας ούτε σε ότι αφορά τα συμπτώματα κατά την εισαγωγή, ούτε μετά από ένα μήνα θεραπείας. Τα αποτελέσματα αυτά θα μπορούσαν να αποδοθούν σε μεθοδολογικές δυσκολίες και σε συλλογή σχετικά μικρού δείγματος ‘σοβαρά’ κακοποιημένων ατόμων, του οποίου στατιστική ισχύς είναι μικρή ώστε να μας δώσει σημαντικά αποτελέσματα.

Η ανίχνευση της συναισθηματικής παραμέλησης θα μπορούσε, παρά τα σχετικά με τις άλλες ΑΨΕΠΗ υψηλά cut offs points, να θεωρηθεί μαζί με την ανίχνευση του εκφοβισμού

‘ευκολότερη’ και ‘λιγότερο στιγματιστική’. Έτσι οι ΑΨΕΠΗ τύπου σεξουαλικής συναισθηματικής και σωματική κακοποίησης, οι οποίες κινούνται στα όρια της ανίχνευσης, στην καταγραφή πιθανόν να επικαλύπτονται από την παραμέληση και οι ασθενείς να προτιμούν να αποκαλύψουν την παραμέληση.

Πέρα από το φόβο του στιγματισμού η παιδική κακοποίηση έχει συνδεθεί με διασχιστικά φαινόμενα,⁽²⁴⁹⁻²⁵¹⁾ καθώς και με εγγενή σφάλματα μνήμης,^(47,252) τα οποία θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε μειωμένη καταγραφή της κακοποίησης. Τέλος με βάση την υπόθεση του ναρκισσιστικού διχασμού οι άμυνες της άρνησης- ακύρωσης (denial) και του διχασμού (splitting) ψυχοδυναμικά θα μπορούσαν να ερμηνεύσουν δυσκολία σε διυποκειμενικό επίπεδο τόσο αποκάλυψης της σοβαρής παιδικής κακοποίησης από τον ασθενή όσο και καταγραφής της από τον εξεταστή.⁽⁵³⁾

Πίνακας 57. Συνοπτική παρουσίαση των συσχετίσεων της βαρύτητας των συμπτωμάτων με τις ΑΨΕΠΗ

	Σωματ. κακ/ση	Σεξουαλική κακοπ/ση	Συναισθ/κη κακοπ/ση	Σωματική παραμ/ση	Συναισθ/κη παραμ/ση	Εκφοβισμ.
PANSSp.εισ.	-	-	-	+	-	-
PANSSn.εισ.	-	-	-	-	+	-
PANSSg.εισ.	-	-	-	-	+	-
PANSSt.εισ.	-	-	-	-	+	-
PANSSp.βελ.	-	-	-	-	+	-
PANSSn.βελ.	-	-	-	-	+	+
PANSSg.βελ.	-	-	-	-	+	-
PANSSt.βελ.	-	-	-	-	+	+
Βελτ/ση Andreasen	-	-	-	-	-	-

4.3. Συζήτηση της σχέσης των ΑΨΕΠΗ με το οικογενειακό ιστορικό και την ικανότητα προσαρμογής

Το οικογενειακό ιστορικό για διαταραχές του ψύχωσικού φάσματος, σύμφωνα με τα αποτελέσματά της μελέτης μας, δε βρέθηκε να συσχετίζεται με μειωμένη προνοσηρή ικανότητα προσαρμογής, ούτε σε κοινωνικές, ούτε σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες, στους ασθενείς με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο και ιστορικό ΑΨΕΠΗ. Έχει διατυπωθεί από συγγραφείς⁽¹⁷⁸⁾ ότι το οικογενειακό ιστορικό για ψύχωση μπορεί να συμπεριλάβει μεγαλύτερη αναλογία γενετικού φορτίου συγκριτικά με τις ευθείες μοριακές γενετικές μετρήσεις. Οι Trotta et al (2016),⁽¹⁷⁹⁾ όπως και εμείς, εκτίμησαν το γενετικό φορτίο με το οικογενειακό ιστορικό ψύχωσης. Η παραπάνω μελέτη δεν βρήκε αποτελέσματα τα οποία να συνηγορούν στο ότι η οικογενειακή προδιάθεση για διαταραχές του ψυχωσικού φάσματος και οι ΑΨΕΠΗ συνεργατικά, αυξάνουν την επίπτωση της ικανότητας προσαρμογής περισσότερο από ότι ο κάθε παράγοντας μεμονωμένα. Τα αποτελέσματά μας συμφωνούν τόσο με αυτά τα αποτελέσματα, όσο και με τις εργασίες των Trausen et 2016⁽²⁵⁷⁾ και Killian et al 2017,⁽¹⁷⁸⁾ οι οποίες ομοίως δεν βρήκαν αποτελέσματα, όπου να συσχετίζεται το οικογενειακό ιστορικό με την ικανότητα προσαρμογής, πριν την εκδήλωση πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου, σε ασθενείς με ιστορικό ΑΨΕΠΗ.

Η ικανότητα προσαρμογής τόσο στις εκπαιδευτικές ($\beta=0,021$, $SE=0,009$, $p=0,028$), όσο και στις κοινωνικές δραστηριότητες ($\beta=0,034$, $SE=0,010$, $p=0,001$) στην παιδική ηλικία, βρέθηκε να είναι σημαντικά φτωχότερη στους ασθενείς με FEP που έχουν βιώσει σοβαρό εκφοβισμό σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν βιώσει. Τα αποτελέσματά μας είναι στην ίδια κατεύθυνση με πρόσφατη δημοσίευση των Braun και συνεργατών από τη μελέτη NAPLS 3⁽³⁴⁾ σύμφωνα με την οποία οι ασθενείς με Πρώιμη Ψύχωση που έχουν ιστορικό εκφοβισμού πιθανόν να έχουν φτωχότερες επιδόσεις στα πρώιμα αναπτυξιακά στάδια συγκριτικά με ασθενείς που δεν έχουν ιστορικό εκφοβισμού. Ωστόσο, στα ευρήματα της ερευνάς μας η συσχέτιση του εκφοβισμού με φτωχότερη ικανότητα προσαρμογής αφορά

τόσο τις εκπαιδευτικές, όσο και τις κοινωνικές δραστηριότητες, αλλά περιορίζεται μόνο στην παιδική ηλικία και όχι στην εφηβική.

Ο σοβαρός εκφοβισμός καταγράφηκε με το ερωτηματολόγιο του εκφοβισμού της EUGEI και επισημάνθηκε ιδιαίτερα από τους ερευνητές ότι ο εκφοβισμός διαφοροποιείται από τα καθημερινά πειράγματα και τις εφηβικές διαφωνίες και διαμάχες και λαμβάνει κακοποιητικό χαρακτήρα προκαλώντας λειτουργικές επιπτώσεις στην κοινωνική και εκπαιδευτική ζωή. Έτσι ήδη στον ορισμό του αναφέρονται σε σημαντικό βαθμό οι συνέπειές του. Η άμεση και σοβαρή ψυχική καταπόνηση που δημιουργεί ο εκφοβισμός στην παιδική ηλικία με το συνεχές στρες που αυτό προκαλεί επηρεάζοντας την συγκέντρωση, αλλά και τις διαπροσωπικές σχέσεις, την εικόνα εαυτού και την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, θα μπορούσε να ερμηνεύσει την μεγαλύτερη καταγραφή του εκφοβισμού στην ηλικία αυτή. Επιπλέον, η ανίχνευση σοβαρής σεξουαλικής κακοποίησης σε ηλικία 5-11 ετών μπορεί να δυσχεραίνεται, συγκριτικά με την πιο εύκολη αποκάλυψη του εκφοβισμού. Μεθοδολογικοί λόγοι όπως η πιθανή αδυναμία του εργαλείου να καταγράψει σοβαρά τραύματα αυτής της ηλικίας, λόγω εγγενών σφαλμάτων μνήμης του θύματος, φόβου στιγματισμού ή/και δυσκολίας του εξεταστή να επιμείνει στην αποκάλυψή τους, θα μπορούσαν να εξηγήσουν τη δυσκολία αυτή.

Στην πρώτη εφηβική ηλικία τα αποτελέσματα μας δείχνουν ότι τα άτομα με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο που έχουν βιώσει σεξουαλική κακοποίηση έχουν σημαντικά μικρότερη ικανότητα προσαρμογής τόσο σε εκπαιδευτικές ($\beta=0,204$, $SE=0,060$, $p=0,001$), όσο και σε κοινωνικές δραστηριότητες ($\beta=0,197$, $SE=0,061$, $p=0,001$) από τα άτομα που δεν έχουν βιώσει σεξουαλική κακοποίηση. Τα αποτελέσματα βρίσκονται στην ίδια κατεύθυνση με τις δημοσιεύσεις των Connus et al 2010,⁽⁹⁴⁾ Alameda et al 2015⁽¹⁷⁷⁾ και Killian et al 2017,⁽¹⁷⁸⁾ οι οποίοι στα αποτελέσματά τους καταγράφουν σημαντική συσχέτιση της σεξουαλικής κακοποίησης με την προνοσηρή ικανότητα προσαρμογής στην εφηβεία.

Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα της διερεύνησης των δεδομένων μας είναι οι σημαντικά μικρότερες ικανότητες προσαρμογής σε εκπαιδευτικές ($\beta=0,216$, $SE=0,049$, $p=0,011$) και κοινωνικές δραστηριότητες ($\beta=0,151$, $SE=0,050$, $p=0,003$) στην πρώτη εφηβική ηλικία που παρουσιάζουν τα άτομα με βιώματα συναισθηματικής παραμέλησης σε σχέση με τα άτομα που δεν αναφέρουν τέτοια βιώματα. Τα αποτελέσματά μας συμφωνούν με τα αποτελέσματα της εργασίας των Haahr 2016⁽²⁵⁸⁾ και συν., οι οποίοι αναφέρουν ότι το διαπροσωπικό τραύμα το οποίο, συμπεριλαμβάνει την παραμέληση στην φροντίδα του παιδιού, προβλέπει σημαντική επιβάρυνση της ικανότητας προσαρμογής και σε κοινωνικές και σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες. Η συναισθηματική παραμέληση αναφέρεται ως παράγοντας που πιθανόν προβλέπει μειωμένη ικανότητα προσαρμογής και από τον Alamenda et al 2015,⁽¹⁷⁷⁾ με την διαφορά ότι σύμφωνα με την δημοσίευση του η επιβάρυνση αφορά μόνο τις κοινωνικές προσαρμοστικές ικανότητες. Ο συγγραφέας ερμηνεύει αυτό το εύρημα υποστηρίζοντας ότι, ενώ στις κοινωνικές δραστηριότητες η σχέση με τους γονείς-φροντιστές παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη της κοινωνικότητας του ατόμου, στις εκπαιδευτικές το εκπαιδευτικό προσωπικό και οι συμμαθητές αναπληρώνουν τα ελλείμματα. Την διαφοροποίηση των δικών μας αποτελεσμάτων θα μπορούσε να εξηγήσει ο βασικός ρόλος της οικογένειας εκτός από τις κοινωνικές και στις εκπαιδευτικές δραστηριότητες στην ελληνική πραγματικότητα.

Τα αποτελέσματά μας θα μπορούσαν να επιβεβαιώσουν την υπόθεση του τραυματογενούς νευροαναπτυξιακού μοντέλου. Ωστόσο, δεν φαίνεται ότι μπορούν να επιβεβαιώσουν, σε σχέση με τον παράγοντα της προνοσηρής ικανότητας προσαρμογής, μια αιτιολογική σχέση των ΑΨΕΠΗ με την ανάπτυξη ψυχωσικής συμπτωματολογίας και κινούνται στην ίδια κατεύθυνση με μελέτες οι οποίες έχουν υποστηρίξει τον μη ειδικό ρόλο της προνοσηρής ικανότητας προσαρμογής στην ανάπτυξη ψυχωσικών συμπτωμάτων από ασθενείς με ιστορικό ΑΨΕΠΗ (Killian et al 2017,⁽¹⁷⁸⁾ Velden Hegelstad et al⁽²⁵⁹⁾ Braun et al⁽³⁴⁾)

Πίνακας 58. Συνοπτική παρουσίαση των συσχετίσεων των ΑΨΕΠΗ με την προνοσηρή ικανότητα προσαρμογής

ΡΑΣ Προσ/γή	Σωματική κακοπ/ση	Σεξουαλική κακοπ/ση	Συναισθ/κη κακοπ/ση	Σωματική παραμ/ση	Συναισθ/κη παραμ/ση	Εκφοβισμ.
Εκπαιδ. (5-11 ετ.)	-	-	-	-	-	+
Κοιν/τητα (5-11 ετ.)	-	-	-	-	-	+
Εκπαιδ. (11-15 ετ)	-	+	-	-	+	-
Κοιν/τητα (11-15 ετ)	-	+	-	-	+	-

4.4. Συζήτηση της σχέσης των ΑΨΕΠΗ με τις νοητικές λειτουργίες

4.4.1. Ο παράγοντας Jumping to Conclusions

Η υπόθεση μας ότι η βιασύνη στη λήψη αποφάσεων με λίγα δεδομένα (JtC) συσχετίζεται σημαντικά με ιστορικό βίωσης ΑΨΕΠΗ δεν επιβεβαιώνεται από τα αποτελέσματα της μελέτης μας. Τόσο ο αριθμός των αποφάσεων (αριθμός beads) όσο και ο παράγοντας JtC ως ποιοτική μεταβλητή δεν συσχετίζονται με το ιστορικό κανενός τύπου από τις μελετηθείσες ΑΨΕΠΗ. Το αποτέλεσμα είναι στην ίδια γραμμή με αποτελέσματα της μεταανάλυσης των Croft et al.2021,⁽¹⁵⁰⁾ σε ότι αφορά την συσχέτιση των ΑΨΕΠΗ με τις νοητικές προκαταλήψεις (cognitive bias) και την ψύχωση. Ο παράγοντας JtC είναι μία από τις νοητικές προκαταλήψεις και αφορά τα βεβιασμένα συμπεράσματα στη λήψη αποφάσεων. Οι νοητικές προκαταλήψεις έχουν συνδεθεί με την σημασία του συλλογισμού στην αντίληψη της πραγματικότητας. Σύμφωνα με τις θεωρίες του Νου, οι ΑΨΕΠΗ επηρεάζουν τις νοητικές λειτουργίες που εμπλέκονται στην κοινωνική επικοινωνία (social cognition) προκαλώντας παραμόρφωση της εξωτερικής πραγματικότητας και ίσως αυτός ο μηχανισμός συσχετίζεται με την αποδιοργάνωση του συστήματος της ντοπαμίνης. Συγγραφείς έχουν διατυπώσει επιφυλάξεις για την αξιοπιστία του JtC ως παράγοντα

συσχέτισης με την ψυχωσική συμπτωματολογία,⁽²⁶⁰⁾ την απουσία συσχέτισής του με FEP⁽²⁶¹⁾ ή ακόμα και την αντίστροφη σχέση του με τη ψυχωσική συμπτωματολογία, όπου ο ψυχωσικός ασθενής μάλλον τείνει να ζητά περισσότερα δεδομένα καθυστερώντας την λήψη απόφασης.⁽²⁶²⁾ Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας, είτε ισχύει η θετική είτε η αρνητική συσχέτιση, ο δείκτης JTC δεν προκύπτει από τα αποτελέσματά μας ότι μπορεί να αποτελεί παράγοντα διαμεσολάβησης μεταξύ ΑΨΕΠΗ και ανάπτυξης ψυχωσικών συμπτωμάτων. Η εξήγηση η οποία θα μπορούσε να δοθεί, εκτός από την αναφερθείσα επιφύλαξη για την αξιοπιστία του εργαλείου, είναι ότι η όποια σχέση του JtC με την απορρύθμιση του συστήματος ντοπαμίνης και την ψύχωση ίσως δεν συσχετίζεται με τα πιθανολογούμενα 'συναισθηματικά μονοπάτια' που ξεκινούν από τις ΑΨΕΠΗ και οδηγούν στην εκδήλωση ενός πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου.

4.4.2. Συζήτηση της σχέσης των ΑΨΕΠΗ με την ικανότητα αναγνώρισης συναισθημάτων

Η υπόθεση μας για συσχέτιση των ΑΨΕΠΗ με την ικανότητα αναγνώρισης συναισθημάτων έγινε, όπως αυτή του παράγοντα JtC που συζητήθηκε παραπάνω, στα πλαίσια ελέγχου των υποθέσεων, οι οποίες αφορούν τις θεωρίες του νου. Εξετάζοντας τους ασθενείς με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο και ιστορικό ΑΨΕΠΗ και τους ασθενείς με FEP χωρίς ιστορικό ΑΨΕΠΗ με εργαλείο το DFAR ούτε αυτή η υπόθεση επιβεβαιώθηκε, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα που δείχνουν ότι η ικανότητα αναγνώρισης συναισθημάτων χαράς, λύπης, θυμού και ουδετερότητας δεν συσχετίζεται με τις ΑΨΕΠΗ σημαντικά στα άτομα με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο. Η δική μας ερευνητική εργασία είναι η μοναδική, από όσο γνωρίζουμε, η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα ασθενών με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο, τα οποία με βάση το ερευνητικό πρωτόκολλο δεν είχαν λάβει θεραπεία. Από τα αποτελέσματά μας προφανώς δεν τίθεται θέμα της ικανότητας αναγνώρισης συναισθημάτων ως διαμεσολαβητικού παράγοντα μεταξύ των ΑΨΕΠΗ και της ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας κατά την εκδήλωση πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου Τα αποτελέσματα βρίσκονται στην ίδια γραμμή με τις μελέτες των Croft et al 2021⁽¹⁵⁰⁾ και Sidelis 2021⁽¹⁹⁸⁾, οι

οποίες επίσης δεν βρίσκουν μεσολαβητικό ρόλο της ικανότητας αναγνώρισης συναισθημάτων, μεταξύ ΑΨΕΠΗ και ανάπτυξης ψυχωσικών συμπτωμάτων. Οι Catalan et al 2020⁽²⁶³⁾ ερευνώντας ομάδες ασθενών με “βαριά ψυχοπαθολογία” ψύχωσης, συναισθηματικής διαταραχής και μεθοριακής διαταραχής προσωπικότητας σε ασθενείς με ιστορικό ΑΨΕΠΗ αναφέρουν ανεξαρτήτως διαγνώσεως χειρότερο δείκτη συνολικού αποτελέσματος, αλλά και χειρότερο δείκτη στην αναγνώριση συναισθήματος χαράς. Όλοι οι ασθενείς ωστόσο, είχαν λάβει φαρμακευτική αγωγή και είχαν συγκριθεί με υγιείς μάρτυρες. Στην μεγαλύτερη μέχρι τώρα μελέτη⁽²⁶⁴⁾ η οποία εξέτασε την συσχέτιση της ικανότητας αναγνώρισης συναισθημάτων με το ιστορικό ΑΨΕΠΗ σε ασθενείς σε υψηλό κλινικό κίνδυνο (Clinical High Risk) για ψύχωση βρέθηκε ότι η συναισθηματική κακοποίηση συσχετίστηκε σημαντικά με φτωχές επιδόσεις στην ικανότητα αναγνώρισης συναισθημάτων. Επιπλέον ο αριθμός των λαθών σε ‘χαρούμενο’ και ‘θυμωμένο’ συσχετίστηκαν με αυξημένη επίπτωση της μετάβασης (transition) σε ψύχωση. Ωστόσο, και στις δύο παραπάνω μελέτες δεν βρέθηκε διαφορά στην επιβάρυνση της ικανότητας αναγνώρισης συναισθημάτων μεταξύ ατόμων με ψυχοπαθολογία (“ύψηλός κλινικός κίνδυνος-clinical high risk” και μείζων ψυχιατρική διαταραχή) και ιστορικό ΑΨΕΠΗ και ατόμων με ιστορικό ΑΨΕΠΗ χωρίς ψυχιατρικό ιστορικό και επομένως δεν μπορούσε να αποδειχτεί μια αιτιολογική σχέση.

4.4.3. Συζήτηση της σχέσης των ΑΨΕΠΗ με την οπτική ρητή μνήμη

Στην δοκιμασία αναγνώρισης προσώπων Benton βρέθηκε ότι οι FEP ασθενείς με ιστορικό εκφοβισμού είχαν σημαντικά φτωχότερες επιδόσεις από τους FEP ασθενείς χωρίς ιστορικό εκφοβισμού ($\beta=-0,030$, $SE=0,012$, $p=0,016$). Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με παλαιότερα ευρήματα όπου η κακοποίηση βρέθηκε να επηρεάζει σημαντικά την οπτική ρητή μνήμη. (Barrett et al., 1996)⁽²⁶⁵⁾

Επιπλέον τα αποτελέσματά μας είναι στην ίδια κατεύθυνση με τα ευρήματα των Ritchie et al 2011⁽²⁶⁶⁾ σύμφωνα με τα οποία φτωχότερες επιδόσεις στην ικανότητα αναγνώρισης προσώπων έχουν καταγραφεί σε ηλικιωμένους ασθενείς με ψύχωση, όπου αυτοί που εμφανίζουν προβλήματα οπτικής μνήμης έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν στο ιστορικό τους ιστορικό κακοποίησης στην παιδική ηλικία. Ωστόσο, εδώ θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι Stein et al 1999⁽²⁶⁷⁾ δεν βρήκαν σημαντικά φτωχότερη οπτική μνήμη σε ασθενής με PTSD από σεξουαλική κακοποίηση σε σχέση με υγιείς μάρτυρες. Τα θετικά αποτελέσματα, όπως τα δικά μας, των επιπτώσεων των ΑΨΕΠΗ στην οπτική μνήμη, οι ερευνητές στην βιβλιογραφία τα απέδωσαν στην κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα η ερμηνεία εστιάζεται στην σχέση των μηχανισμών στρες με διαφοροποιήσεις στις εγκεφαλικές δομές και λειτουργίες του υποκάμπου. (Teicher et al., 2003; Nolin and Ethier, 2007)⁽²⁶⁸⁻²⁶⁹⁾

Θα πρέπει ωστόσο να αναφερθεί ότι έχει διατυπωθεί υπόθεση, σύμφωνα με την οποία η ηλικία στην οποία βιώθηκε η ΑΨΕΠΗ συσχετίζεται σημαντικά με τις νοητικές ικανότητες και την κατάθλιψη και οι Alameda et al 2015⁽¹⁷⁷⁾ βρήκαν στα αποτελέσματά τους ότι η σημαντική νοητική επιβάρυνση πιθανόν να αφορά τους ασθενείς, οι οποίοι αναφέρουν εμπειρία ΑΨΕΠΗ πριν την ηλικία των 11 ετών.

4.4.4. Συζήτηση της σχέσης των ΑΨΕΠΗ με την διαρκή προσοχή

Καμία από τις ΑΨΕΠΗ σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας δεν συσχετίζεται σημαντικά με την διαρκή προσοχή, όπως αυτή αξιολογείται από το CPT. Επομένως δεν τίθεται θέμα διαμεσολάβησης της διαρκούς προσοχής μεταξύ ΑΨΕΠΗ και ψυχωσικών συμπτωμάτων τόσο κατά την είσοδο και όσο και μετά ένα μήνα θεραπείας. Τα αποτελέσματά μας, συμφωνούν ως προς το σύνολο του δείγματος, με την ερευνητική εργασία των Mansueto et al 2019.⁽¹⁵²⁾ Ωστόσο, οι Mansueto et al στο δείγμα τους, το οποίο αποτελούταν από 1440 ασθενείς με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο, αν και στα αποτελέσματά του συνολικού δείγματος, όπως και εμείς, δεν βρήκαν συσχέτιση, στους άντρες ασθενείς η μειωμένη

διαρκής προσοχή βρέθηκε να είναι παράγοντας διαμεσολάβησης στη συσχέτιση παιδικής παραμέλησης και αρνητικών συμπτωμάτων.

4.4.5. Συζήτηση της σχέσης των ΑΨΕΠΗ με τις νοητικές λειτουργίες όπως αξιολογούνται από το WAIS

Τα αποτελέσματα μας δείχνουν, ότι εκτός από μία σημαντική συσχέτιση του δείκτη αντίληψης και αιτιολόγησης (PRI) με το ιστορικό σωματικής κακοποίησης ($\beta=-7,98$, $SE=3,49$, $p=0,023$), δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση κανενός από τους δείκτες Λεκτικής Κατανόησης (VCI), Ενεργού Μνήμης (WMI), ταχύτητας νοητικών διαδικασιών (PSI) και του full scale IQ με το ιστορικό ΑΨΕΠΗ στους ασθενείς με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο. Τα αποτελέσματά μας συμφωνούν με αυτά των Sideli et al 2014⁽¹⁵¹⁾ οι οποίοι ομοίως δεν βρήκαν σημαντική συσχέτιση νοητικών λειτουργιών με ΑΨΕΠΗ.

Τα αποτελέσματα της επίπτωσης των ΑΨΕΠΗ στις νοητικές λειτουργίες, τα οποία αναφέρονται στη βιβλιογραφία, ερμηνεύονται με τις θεωρίες του Νου συμπεριλαμβανομένης της επίδρασης των ΑΨΕΠΗ στην ανάπτυξη δομών και λειτουργιών του εγκεφάλου κατά την ανάπτυξή του, όπως περιγράφηκε στο Γενικό Μέρος της Διατριβής. Με βάση το τραυματογενές νευροαναπτυξιακό μοντέλο (Traumagenic Neurodevelopmental model, Read, Perry, Moskowitz, & Connelly, 2001) έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι η έκπτωση των νοητικών λειτουργιών θα μπορούσε να είναι πιθανός μεσολαβητικός παράγοντας μεταξύ των ΑΨΕΠΗ και της ανάπτυξης ψυχωσικών συμπτωμάτων. Ωστόσο, από τα αποτελέσματά μας δεν τίθεται θέμα διαμεσολάβησης καμίας από τις νοητικές λειτουργίες μεταξύ ΑΨΕΠΗ ανάπτυξης ψυχωσικής συμπτωματολογίας και η σημαντική συσχέτιση του δείκτη αντίληψης και αιτιολόγησης με την σωματική κακοποίηση θα μπορούσαν να ερμηνευτούν με βάση τη συναισθηματική αποδιοργάνωση από την κατάθλιψη. Τα ευρήματά μας λοιπόν ευθυγραμμίζονται με την εργασία των Sideli et al 2021⁽¹⁹⁸⁾ αναφέρουν ότι τα αποτελέσματα διαμεσολαβητικού ρόλου των νοητικών λειτουργιών στην εκδήλωση ψύχωσης δεν είναι συμπαγή σε σχέση με αυτά

του διαμεσολαβητικού ρόλου της κατάθλιψης και των σχημάτων εαυτού. Μεθοδολογικοί λόγοι, όπως το μέγεθος του δείγματος των ψυχωσικών ασθενών, τα εργαλεία καταγραφής των ΑΨΕΠΗ και οι πιθανές δυσκολίες αποκάλυψης και καταγραφής του τραύματος^(151,237), το μέγεθος και η ισχύς δείγματος,⁽¹⁵¹⁾ το φύλο⁽¹⁵²⁾, η ηλικία που συνέβη η ΑΨΕΠΗ,⁽¹⁷⁷⁾ έχουν συζητηθεί ως παράγοντες, οι οποίοι θα μπορούσαν να έχουν συντελέσει στην ετερογένεια των εργασιών και στα διαφορετικά αποτελέσματα, τα οποία αφορούν την διερεύνηση του ρόλου των νοητικών λειτουργιών των ατόμων με ιστορικό ΑΨΕΠΗ στην εκδήλωση ψύχωσης.

Πίνακας 59. Συνοπτική παρουσίαση των συσχετίσεων των ΑΨΕΠΗ με τις νοητικές λειτουργίες

	Σωματική κακοπ/ση	Σεξουαλική κακοπ/ση	Συναισθ/κη κακοπ/ση	Σωματική παραμ/ση	Συναισθ/κη παραμ/ση	Εκφοβισμ.
JtC	-	-	-	-	-	-
DFAR total	-	-	-	-	-	-
DFAR neu.	-	-	-	-	-	-
DFAR hap.	-	-	-	-	-	-
DFAR fr.	-	-	-	-	-	-
DFAR angr.	-	-	-	-	-	-
Benton	-	-	-	-	-	+
CPT	-	-	-	-	-	-
VCI	-	-	-	-	-	-
WMI	-	-	-	-	-	-
PSI	-	-	-	-	-	-
PRI	-	-	-	+	-	-

4.5. Συζήτηση των αποτελεσμάτων των νοητικών σχημάτων για εαυτό και άλλους στους ασθενείς με FEP και ιστορικό ΑΨΕΠΗ

Η υπόθεση μας ότι το ιστορικό ΑΨΕΠΗ προβλέπει σημαντικά αυξημένα αρνητικά νοητικά σχήματα στον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς με FEP αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους και τους άλλους, εν μέρει επιβεβαιώθηκε: Οι ασθενείς, οι οποίοι έχουν βιώσει συναισθηματική παραμέληση, έχουν περισσότερα αρνητικά νοητικά σχήματα για τον εαυτό τους ($\beta=0,274$, $SE=0,091$, $p=0,003$) και τους άλλους ($\beta=0,198$, $SE=0,086$, $p=0,022$) συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν έχουν ιστορικό συναισθηματικής παραμέλησης. Τα αποτελέσματά μας αυτά συμφωνούν με προηγούμενες εργασίες σε δείγματα ασθενών με πρώιμη ψύχωση (E. Arriah-Kusi et al 2016).⁽¹⁹⁵⁾ Η σημαντική συσχέτιση της συναισθηματικής παραμέλησης με αυξημένα αρνητικά ψυχωσικά συμπτώματα, συμπτώματα γενικής ψυχοπαθολογίας και συνολικό αποτέλεσμα PANSS έθεσε ζήτημα διαμεσολάβησης των αρνητικών σχημάτων για τον εαυτό και τους άλλους μεταξύ συναισθηματικής παραμέλησης και ψυχοπαθολογίας. Ωστόσο, κατά την ανάλυση διαμεσολάβησης ούτε τα αρνητικά σχήματα για τον εαυτό, ούτε για τους άλλους έδειξαν ότι διαμεσολαβούν στην αυξημένη βαρύτητα της ψυχωσικής συμπτωματολογίας κατά την είσοδο. Αν και η πλειονότητα των εργασιών συντάσσονται με τον μεσολαβητικό ρόλο των αρνητικών νοητικών σχημάτων μεταξύ των ΑΨΕΠΗ και της βαρύτητας των συμπτωμάτων στην εκδήλωση ψύχωσης,⁽¹⁹⁸⁾ υπάρχουν έρευνες, οι οποίες, όπως η δική μας δεν βρήκαν αποτελέσματα, όπως η δημοσίευση των Morgan et al 2014.⁽²⁷⁰⁾ Ωστόσο, βρήκαμε ότι τα αρνητικά σχήματα για τον εαυτό είναι παράγοντας διαμεσολάβησης μεταξύ της συναισθηματικής παραμέλησης και της ψυχοπαθολογίας, όπως καταγράφεται από την θετική κλίμακα ($p=0,021$), την κλίμακα γενικής ψυχοπαθολογίας ($p=0,019$) και το συνολικό αποτέλεσμα της PANSS (βελτίωση σε 1 μήνα). ($p=0,017$) Έτσι, στους ασθενείς του δείγματός μας καταδεικνύεται, ότι με την διαμεσολάβηση των αρνητικών νοητικών σχημάτων για τον εαυτό δυσχεραίνεται σημαντικά η βελτίωση των θετικών ψυχωσικών συμπτωμάτων και των συμπτωμάτων

γενικής ψυχοπαθολογίας, καθώς και η συνολική βελτίωση των ψυχωσικών συμπτωμάτων στον πρώτο μήνα θεραπείας.

Τα αποτελέσματα μας υποστηρίζουν τις θεωρίες της ανασφαλούς προσκόλλησης και την υπόθεση της κοινωνικής ήττας (social defeat hypothesis). Συγχρόνως βρίσκονται στην ίδια γραμμή με αποτελέσματα τα οποία αφορούν την κλινική εξέλιξη και δείχνουν ότι οι επιπτώσεις των ΑΨΕΠΗ στην πορεία ενός πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου ίσως να μην φαίνονται στα πρώιμα στάδια και την αρχή της εκδήλωσης της ψύχωσης, μπορούν όμως να επηρεάζουν σημαντικά την εξέλιξη δυσχεραίνοντας την κλινική πορεία και την θεραπεία.

(125,250)

6. Συζήτηση των αποτελεσμάτων της κατάθλιψης στα άτομα με FEP και ιστορικό ΑΨΕΠΗ

Τα αποτελέσματά των αναλύσεων μας δείχνουν ότι τα άτομα με FEP και ιστορικό εκφοβισμού ($\beta=0,36$, $SE=0,13$, $p=0,007$) και συναισθηματικής παραμέλησης ($\beta=0,58$, $SE=0,22$, $p:0,008$) εμφανίζουν σημαντικά περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα από τα άτομα χωρίς ιστορικό ΑΨΕΠΗ και βρίσκονται στην ίδια γραμμή με εργασίες, οι οποίες έχουν συσχετίσει τις ΑΨΕΠΗ με καταθλιπτικά συμπτώματα τόσο σε πληθυσμούς, οι οποίοι βρίσκονται σε Λίαν Υψηλό Κίνδυνο για ψύχωση (Clinical High Risk),⁽²⁷¹⁾ όσο και σε πληθυσμούς με FEP.⁽²⁷¹⁻²⁷²⁾ Η υπόθεση μας ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα βρίσκονται στο συναισθηματικό μονοπάτι που ξεκινά από τις ΑΨΕΠΗ και οδηγεί στην εκδήλωση και εξέλιξη του FEP επιβεβαιώθηκε, τουλάχιστον εν μέρει, από την ανάλυση διαμεσολάβησης, η οποία έδειξε πλήρη διαμεσολάβηση της κατάθλιψης στη σχέση της συναισθηματικής παραμέλησης και με τα συμπτώματα γενικής ψυχοπαθολογίας ($p=0,033$) και με το συνολικό αποτέλεσμα της PANSS κατά την είσοδο ($p=0,047$). Επιπλέον, βρήκαμε σημαντική μερική διαμεσολάβηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην σχέση της συναισθηματικής παραμέλησης με τα θετικά συμπτώματα ($p=0,041$), τα συμπτώματα γενικής

ψυχοπαθολογίας ($p=0,042$) και το συνολικό αποτέλεσμα της PANSS βελτίωση σε 1 μήνα ($p=0,041$).

Ο πιθανότερος μηχανισμός, ο οποίος θα μπορούσε να εξηγήσει τα αποτελέσματά μας είναι το διαρκές στρες, που οι ΑΨΕΠΗ προκαλούν και που εκφράζεται φαινομενολογικά με εικόνα συναισθηματικής αποδιοργάνωσης και καταθλιπτικών συμπτωμάτων.^(82,136) Η χρονιότητα του στρες προκαλεί αποδιοργάνωση του άξονα Υποθάλαμος Υπόφυση Επινεφρίδια, ο οποίος, πιθανόν μέσω και επιγενετικών παραγόντων, (Tomassi & Tosato, 2017)⁽²⁷³⁾ ευαισθητοποιεί το σύστημα ντοπαμίνης. (Davis et al., 2016; Misiak et al., 2017; Ruby et al., 2014)⁽²⁷⁴⁻²⁷⁶⁾ Στα τελικά αποτελέσματά μας είναι ενδιαφέρουσα η απουσία μεσολαβητικού ρόλου της κατάθλιψης στα αρνητικά συμπτώματα, παρόλο που αυτά συσχετίζονται με συναισθηματική παραμέληση τόσο κατά την είσοδο, όσο και στο μήνα. Αυτό είναι σύμφωνο με κριτικές ανασκοπήσεις, (Howes & Murray, 2014; Myin-Germeys & van Os, 2007)^(9,131) οι οποίες αναφέρουν το συναισθηματικό μονοπάτι να αφορά περισσότερο τα θετικά συμπτώματα και λιγότερο τα αρνητικά. Επίσης τα αποτελέσματά μας, τα οποία δεν δείχνουν σημαντική διαμεσολάβηση των νοητικών ελλειμμάτων στη σχέση ΑΨΕΠΗ και ψυχοπαθολογίας, μάλλον συμφωνούν με τις παραπάνω ανασκοπήσεις, οι οποίες δείχνουν σχετικά ανεξάρτητη διαδρομή του συναισθηματικού μονοπατιού από το κλασικό 'νευροαναπτυξιακό μονοπάτι' της σχιζοφρένειας στην εκδήλωση και την πορεία της ψύχωσης.(εικ.3)

Από τις αναλύσεις μας βρήκαμε ότι οι ασθενείς με ιστορικό συναισθηματικής παραμέλησης δεν έχουν μειωμένη ύφεση συμπτωμάτων (remission) σύμφωνα με τα συμπτωματικά κριτήρια Andreasen συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς ιστορικό ΑΨΕΠΗ. Αυτό το εύρημα βρίσκεται στην ίδια γραμμή με εργασίες, στις οποίες σε σχέση με τις ΑΨΕΠΗ δεν έχει βρεθεί διαφορά σε αυτούς που ανταποκρίνονται και σε αυτούς που δεν ανταποκρίνονται στην φαρμακευτική αγωγή.⁽²⁷⁷⁾ Επιπλέον, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μεγάλης

αναδρομικής μελέτης του αυστραλιανού προγράμματος EPPIC⁽⁹⁴⁾, η φαρμακευτική αγωγή δεν βρέθηκε να παίζει κάποιο σημαντικό ρόλο στη θεραπεία, η οποία γίνεται σε μονάδα αντιμετώπισης της πρώιμης ψύχωσης σε ασθενείς με ΑΨΕΠΗ. Από την άλλη πλευρά όμως, τα αρνητικά νοητικά σχήματα για τον εαυτό και η κατάθλιψη βρέθηκε να είναι παράγοντες διαμεσολάβησης μεταξύ της συναισθηματικής παραμέλησης και της τάσης για μειωμένη βελτίωση της ψυχοπαθολογίας μετά από ένα μήνα συνήθους θεραπείας σε όλες τις ομάδες των συμπτωμάτων πλην των αρνητικών.

Πίνακας 60. Συνοπτική παρουσίαση των συσχετίσεων των ΑΨΕΠΗ με τα σχήματα για τον εαυτό και τους άλλους καθώς και με την κατάθλιψη

	Σωματική κακοπ/ση	Σεξουαλική κακοπ/ση	Συναισθ/κη κακοπ/ση	Σωματική παραμ/ση	Συναισθ/κη παραμ/ση	Εκφοβισμ.
Αρ.Σχ. Εαυτού (NS)	-	-	-	-	+	-
Θετ.Σχ. Εαυτού (PS)	-	-	-	-	-	-
Αρ.Σχ. Άλλους (NO)	-	-	-	-	+	-
Θετ.Σχ Άλλους (PO)	-	-	-	-	-	-
Κατά- θλιψη	-	-	-	-	+	+

Πίνακας 60. Διαμεσολάβηση αρνητικών σχημάτων εαυτού και κατάθλιψης στην ανάπτυξη ψυχωσικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με ιστορικό συναισθηματικής παραμέλησης.

	Αρνητικά Σχήματα εαυτού	Κατάθλιψη
Θετικά συμπτώματα PANSS εισόδου	-	-
Αρνητικά συμπτώματα PANSS εισόδου	-	-
Συμπτώματα γεν. ψυχ/γίας PANSS εισόδου	-	+
Σύνολο συμπτωμάτων PANSS εισόδου	-	+
Θετικά συμπτώματα PANSS βελτ. 1 μήνα	+	+

Αρνητικά συμπτώματα PANSS βελτ. 1 μήνα	-	-
Συμπτώματα γεν. ψυχ/γίας PANSS βελτ. 1 μήνα	+	+
Σύνολο συμπτωμάτων PANSS βελτ. 1 μήνα	+	+

Οι Lysaker et al 2010⁽²⁷⁸⁾ έχουν αναφέρει ότι οι ψυχωσικοί ασθενείς με ιστορικό ΑΨΕΠΗ εμφανίζουν πιο συχνά ανεπαρκή θεραπευτική σχέση και συμμόρφωση, ενώ οι Lecomte et al 2008⁽²⁷⁹⁾ επισημαίνουν την τάση που εμφανίζουν οι ασθενείς αυτοί για μειωμένη και ανεπαρκή εμπλοκή με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Τα ευρήματα αυτά, όπως και τα δικά μας, θα μπορούσαν να ερμηνευτούν με την θεωρία της ανασφαλούς προσκόλλησης και επιβεβαιώνουν την υπόθεση της κοινωνικής ήττας σε επίπεδο νοητικών σχημάτων, αλλά και από τις υποθέσεις του τραυματογενούς νευροαναπτυξιακού μοντέλου σε επίπεδο νευροφυσιολογίας. Ενδεχομένως λοιπόν οι ψυχωσικοί ασθενείς μας με ιστορικό συναισθηματικής παραμέλησης έχουν συνηθίσει να μην πετυχαίνουν, είναι απαισιόδοξοι και έχουν μειωμένες προσδοκίες από την θεραπεία. Την θεραπευτική σχέση την θεωρούν μάταιη ή ακόμα και επικίνδυνη, καθώς θεωρούν ότι μπορεί να τους επιφέρει νέα ματαίωση προσδοκιών ή/και νέα ήττα. Αυτό τους κάνει να είναι επιφυλακτικοί ή και απρόθυμοι να συμμετέχουν στη θεραπευτική συμμαχία περισσότερο δε, όταν αυτή θα πρέπει να κρατήσει πολύ καιρό.

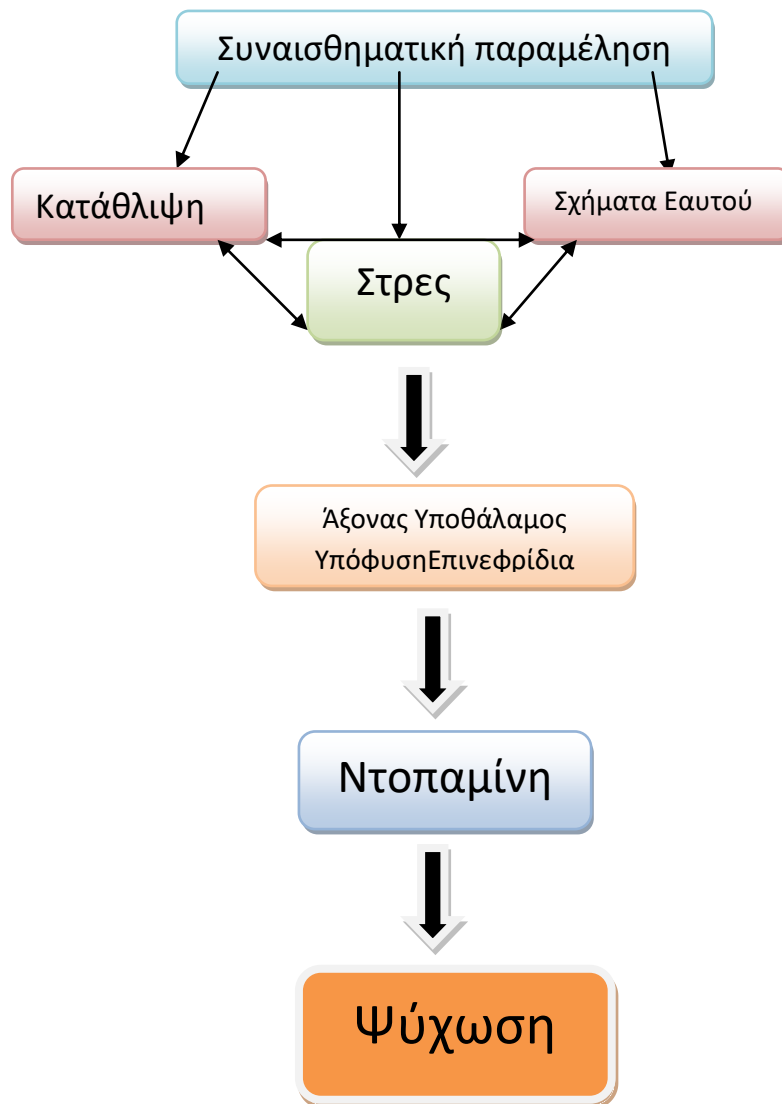
Ο ρόλος των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην πρώιμη παρέμβαση στην ψύχωση έχει αναφερθεί επανειλημμένα από ερευνητές. Οι Young et al 2007⁽²⁸⁰⁾ έχουν βρει ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς με υποουδικά ψυχωσικά συμπτώματα μετά 6 μήνες παρακολούθηση εμφάνιζαν επιμονή στην εμφάνιση των συμπτωμάτων σε σχέση με τους μη καταθλιπτικούς. Άλλοι ερευνητές κατέδειξαν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι τα πρώτα, τα οποία εμφανίζονται στην εκδήλωση ενός πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου. (Krabbendam et al., 2005; Owens et al 2005)⁽²⁸¹⁻²⁸²⁾ Αυτό θα μπορούσε να σημαίνει

διαδικασίες απορρύθμισης του συναισθήματος και “παραληρητική διάθεση”(delusional mood) στον πυρήνα της αιτιοπαθολογίας της ψύχωσης. Το απορρυθμισμένο συναίσθημα ως πρώτο στάδιο μπορεί στη συνέχεια να εξελιχτεί στο πλήρες συμπτωμάτων ψυχωσικό σύνδρομο. (Fusar-Poli et al., 2014)⁽²⁸³⁾ Οι Häfner et al 1999⁽²⁸⁴⁾ έχουν επιβεβαιώσει βασιζόμενοι σε αναδρομικές μελέτες, ότι τα μη ειδικά καταθλιπτικά συμπτώματα είναι τα πρώτα που εμφανίζονται σε ένα πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο και ξεκινούν από την προψυχωτική φάση, επιμένουν και επηρεάζουν την θεραπεία έως και 5 χρόνια. Επιπλέον, η εμπειρία στο ιατρείο πρώιμων παρεμβάσεων στην ψύχωση στο Αιγινήτειο νοσοκομείο δείχνει ότι η κατάθλιψη είναι η συχνότερη συννοσηρότητα των ασθενών που βρίσκονται σε Λίαν Υψηλό Κίνδυνο (ΛΥΚ) για την εκδήλωση ψύχωσης με ποσοστό 47,6 με δεύτερα συχνότερα τα αγχώδη συμπτώματα (33,3%) και τρίτη τη χρήση ουσιών (28,5%)⁽²⁸⁵⁾

Τα αποτελέσματά της έρευνάς μας προστίθενται στα ολοένα αυξανόμενα δεδομένα από την βιβλιογραφία, τα οποία υποστηρίζουν την συσχέτιση των ΑΨΕΠΗ με αυξανόμενα συμπτώματα κατά την εκδήλωση ψύχωσης και δυσμενέστερη πορεία και που πιθανολογούν μια διαδρομή, η οποία περνά από την συναισθηματική αποδιοργάνωση των ασθενών με ιστορικό ΑΨΕΠΗ. Τα συμπτώματα, τα οποία προκαλούνται από συναισθηματική αποδιοργάνωση, όπως η κατάθλιψη και το άγχος, είναι τα πλέον συχνά εμφανιζόμενα συμπτώματα στις δομές πρώιμης παρέμβασης στην ψύχωση. Η συστηματική καταγραφή των ΑΨΕΠΗ στους ασθενείς που είναι σε Λίαν Υψηλό Κίνδυνο για ψύχωση και αναφέρουν διαταραχές στη διάθεση⁽²⁰²⁾, η ανίχνευση των δυσλειτουργικών σχημάτων για τον εαυτό και η εφαρμογή Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας για την αντιμετώπισή τους⁽²⁸⁶⁾ σε συνδυασμό με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, θα μπορούσε να βελτιώσει την κλινική πορεία και πιθανόν τη λειτουργικότητα των ασθενών αυτών. Ο θεραπευτικός σχεδιασμός θα πρέπει να περιλαμβάνει την εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες πρώιμης παρέμβασης, δεδομένης της ανασφαλούς προσκόλλησης που φαίνεται ότι παρουσιάζουν οι ασθενείς με ΑΨΕΠΗ. Τα αποτελέσματά μας ωστόσο είναι απλά ενδεικτικά και η εξαγωγή

πιο αξιόπιστων συμπερασμάτων απαιτεί δεδομένα από μακροχρόνιες μελέτες, οι οποίες να συμπεριλαμβάνουν εκτός από το ιστορικό των ΑΨΕΠΗ και την κλινική πορεία την εφαρμογή της ψυχοθεραπείας και την εξέλιξη της λειτουργικότητας.

Εικόνα 8. Τα αποτελέσματά μας και το Μοντέλο του «Συναισθηματικού Μονοπατιού»



5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι αντίξοες ψυχοτραυματικές εμπειρίες στη παιδική ηλικία (ΑΨΕΠΗ) είναι ένας πολύ συχνός περιβαλλοντικός παράγοντας, ο οποίος από τη βιβλιογραφία έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψύχωσης. Σύμφωνα με τη μελέτη μας πάνω από 4 στους 5 ασθενείς με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο έχουν βιώσει κάποια τέτοια εμπειρία, ενώ οι περισσότεροι ανέφεραν ότι έχουν βιώσει τουλάχιστον δύο. Οι πιο συχνά αναφερόμενες ΑΨΕΠΗ είναι ο εκφοβισμός και η συναισθηματική παραμέληση. Η παραμέληση (συναισθηματική, σωματική) αφορά σε μεγαλύτερο ποσοστό τους άντρες, η κακοποίηση (συναισθηματική, σωματική, σεξουαλική) αφορά περισσότερο τις γυναίκες, ενώ ο εκφοβισμός αφορά άντρες και γυναίκες σε ίση αναλογία.

Η πρωταρχική μας υπόθεση επιβεβαιώνεται εν μέρει από τα ευρήματα των αναλύσεών μας. Δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση του εκφοβισμού με αυξημένη βαρύτητα ψυχοπαθολογίας κατά την είσοδο στη μελέτη, αλλά μετά από ένα μήνα συνήθους θεραπείας (treatment as usual) υπάρχει σημαντική συσχέτιση με αυξημένα αρνητικά συμπτώματα ($\beta=1.66$, $SE=0.70$, $p=0.018$) και συνολικό αποτέλεσμα της PANSS ($\beta=4.81$, $SE=2.34$, $p=0.041$). Η σωματική παραμέληση συσχετίζεται με αυξημένα θετικά συμπτώματα κατά την είσοδο ($\beta=3.07$ $SE=1.50$ $p=0.042$). Επιπλέον, η συναισθηματική παραμέληση συσχετίζεται με αυξημένα αρνητικά συμπτώματα ($\beta=4.62$ $SE=1.99$ $p=0.021$), συμπτώματα γενικής ψυχοπαθολογίας ($\beta=6.15$ $SE=2.98$ $p=0.040$) και συνολικό αποτέλεσμα της PANSS ($\beta=12.9$ $SE=5.13$ $p=0.019$) κατά την είσοδο, ενώ μετά από ένα μήνα θεραπείας υπάρχουν σημαντικές συσχετίσεις σε όλες τις διαστάσεις της PANSS (θετικά: $\beta=4.60$ $SE=1.19$ $p<0.001$, αρνητικά $\beta=2.81$ $SE=1.12$ $p=0.013$, γενική ψυχοπαθολογία $\beta=6.08$ $SE=1.89$ $p=0.002$ και συνολικό αποτέλεσμα $\beta=13.64$ $SE=3.74$ $p<0.001$). Στους ασθενείς επομένως, με εμπειρία εκφοβισμού και σε αυτούς με εμπειρία συναισθηματικής παραμέλησης η μειωμένη ύφεση ψυχωσικών συμπτωμάτων μετά από ένα μήνα θεραπείας θα μπορούσε να είναι μία

σημαντική επίπτωση των ΑΨΕΠΗ στην πορεία του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου, ακόμα και σε ασθενείς, στους οποίους η μεγαλύτερη επίπτωση στην ψυχοπαθολογία, σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς ιστορικό ΑΨΕΠΗ, δεν είναι εμφανής κατά την εισαγωγή τους.

Η δεύτερη υπόθεσή μας, η οποία αφορά την προνοσηρή προσαρμογή (premorbid adjustment), επιβεβαιώθηκε εν μέρει από τα ευρήματά μας. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων μας έδειξαν μειωμένη προσαρμοστική ικανότητα σε εκπαιδευτικές ($\beta=0,021$ $SE=0,009$ $p=0,028$) και κοινωνικές ($\beta=0,034$ $SE=0,010$ $p=0,001$) δραστηριότητες της παιδικής ηλικίας, πριν την εκδήλωση της νόσου, των ατόμων που είχαν υποστεί σχολικό εκφοβισμό. Στις δραστηριότητες της πρώτης εφηβικής ηλικίας οι ασθενείς με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης και συναισθηματικής παραμέλησης είχαν μειωμένη προσαρμοστική ικανότητα τόσο στην εκπαίδευση ($\beta=0,204$ $SE=0,060$ $p=0,001$) και ($\beta=0,216$ $SE=0,049$ $p=0,011$) όσο και στην κοινωνικοποίησή τους ($\beta=0,197$ $SE=0,061$ $p=0,001$) και ($\beta=0,151$ $SE=0,050$ $p=0,003$), πάντα σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς ιστορικό αντίστοιχης ΑΨΕΠΗ.

Η τρίτη μας υπόθεση σε σχέση με τις νοητικές λειτουργίες επιβεβαιώθηκε μόνο από τα ευρήματα που αφορούν την οπτική ρητή μνήμη (visual explicit memory) και την ικανότητα αιτιολόγησης, αφού βρήκαμε συσχέτιση του εκφοβισμού με χαμηλότερες επιδόσεις στο Benton test ($\beta=-0,030$ $SE=0,012$ $p=0,016$) και συσχέτιση της σωματικής παραμέλησης με χαμηλότερες τιμές του δείκτη PRI του WAIS ($\beta=-7,98$ $SE=3,48$ $p=0,023$). Η υπόθεση μας, η οποία αφορά την κοινωνική νοητική ικανότητα (social cognition) δεν επιβεβαιώθηκε, από τα αποτελέσματα των αναλύσεων μας, δεδομένου του ότι δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση των ΑΨΕΠΗ ούτε με αυξημένη προκατάληψη σε βεβιασμένα συμπεράσματα (jumping to conclusion bias), ούτε με μειωμένη ικανότητα αναγνώρισης συναισθημάτων (emotion recognition). Επιπλέον δεν επιβεβαιώθηκαν οι υποθέσεις οι οποίες αφορούσαν την αρνητική συσχέτιση των ΑΨΕΠΗ με ανώτερες πνευματικές λειτουργίες όπως η εστιασμένη προσοχή (sustained attention), η λεκτική κατανόηση (verbal comprehension), η

ενεργός μνήμη (working memory), και η ταχύτητα διεκπεραίωσης (processing speed), αφού δεν βρέθηκε από τα αποτελέσματά των αναλύσεών μας σημαντική συσχέτιση των ΑΨΕΠΗ με καμία από τις παραπάνω λειτουργίες.

Η τέταρτη υπόθεσή μας επιβεβαιώθηκε τουλάχιστον εν μέρει σε ότι αφορά την συναισθηματική παραμέληση και τον εκφοβισμό. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική συσχέτιση της συναισθηματικής παραμέλησης με τα αρνητικά σχήματα για τον εαυτό και τους άλλους ($\beta=0,274$ $SE=0,091$ $p=0,003$)($\beta=0,198$ $SE=0,086$ $p=0,022$) και σημαντική συσχέτιση του εκφοβισμού ($\beta=0,36$ $SE=0,13$ $p=0,007$) και της συναισθηματικής παραμέλησης ($\beta=0,58$ $SE=0,22$ $p=0,008$) με την κατάθλιψη. Στις αναλύσεις διαμεσολάβησης βρήκαμε ότι κατά την εισαγωγή των ασθενών στη μελέτη, η κατάθλιψη είναι παράγοντας διαμεσολάβησης στην σημαντική σχέση της συναισθηματικής παραμέλησης με τα συμπτώματα γενικής ψυχοπαθολογίας ($p=0,033$) και με το συνολικό αποτέλεσμα της ψυχοπαθολογίας, όπως την καταγράφει η PANSS εισόδου ($p=0,047$). Ωστόσο, μετά από ένα μήνα συνήθους θεραπείας και η κατάθλιψη αλλά και τα αρνητικά νοητικά σχήματα για τον εαυτό βρέθηκαν να είναι παράγοντες διαμεσολάβησης στη σημαντική συσχέτιση της συναισθηματικής παραμέλησης με αυξημένα θετικά ψυχωσικά συμπτώματα ($p=0,041$, $p=0,021$), αυξημένα συμπτώματα γενικής ψυχοπαθολογίας ($p=0,042$, $p=0,019$) και αυξημένο συνολικό αποτέλεσμα της PANSS του μήνα ($p=0,041$, $p=0,017$).

Τα ευρήματα της ερευνάς μας υποστηρίζουν το τραυματογενές νευροαναπτυξιακό μοντέλο και επιβεβαιώνουν την υπόθεση ύπαρξης ενός συναισθηματικού μονοπατιού, το οποίο ξεκινάει από την αντίξοχη τραυματική εμπειρία της συναισθηματικής παραμέλησης στην παιδική ηλικία και οδηγεί σε ανάπτυξη ψυχωσικών συμπτωμάτων με ενδιάμεσους μεσολαβητικούς παράγοντες την κατάθλιψη και τα αρνητικά σχήματα για τον εαυτό. Το μονοπάτι αυτό ίσως διαφοροποιείται από το μονοπάτι που η νευροαναπτυξιακή θεωρία έχει προτείνει στην διερεύνηση της αιτιοπαθολογίας της σχιζοφρένειας. Επιπλέον τα

ευρήματα της ερευνάς μας υποστηρίζουν τις θεωρίες της προσκόλλησης και επιβεβαιώνουν την υπόθεση της κοινωνικής ήττας.

Τέλος, καταδεικνύεται ότι οι επιπτώσεις των ΑΨΕΠΗ, όπως ο εκφοβισμός και η συναισθηματική παραμέληση, στην πορεία του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου θα μπορούσαν να είναι σημαντικές ακόμα και σε ασθενείς, στους οποίους αυτές δεν είναι εμφανείς κατά την εισαγωγή τους.

Τα αποτελέσματα μας είναι απλά ενδεικτικά και για την εξαγωγή πιο αξιόπιστων συμπερασμάτων ίσως να χρειάζονται μακροχρόνιες μελέτες παρακολούθησης ασθενών με FEP και ιστορικό ΑΨΕΠΗ, οι οποίες να αξιολογούν σε βάθος χρόνου την κλινική εξέλιξη σε συνάρτηση με παράγοντες όπως η γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, σε συνδυασμό με την φαρμακευτική, και η λειτουργικότητα. Επί πλέον ίσως χρειάζονται περισσότερες μελέτες που να λαμβάνουν υπόψη το φύλο και την ηλικία που συνέβη η ΑΨΕΠΗ.

Η παρούσα διδακτορική διατριβή στηρίζεται στα δεδομένα που λήφθηκαν από την Athens FEP study, την μεγαλύτερη έρευνα που έχει γίνει ποτέ στη Ελλάδα για την διερεύνηση της αλληλεπίδρασης των γενετικών με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες στην εκδήλωση και εξέλιξη του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου. Φιλοδοξία της είναι εκτός από το να συνεισφέρει στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία, να βοηθήσει στην εκπαίδευση των λειτουργών ψυχικής υγείας για την καλύτερη καταγραφή, παρακολούθηση και θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών, που έρχονται σε επαφή για πρώτη φορά με υπηρεσίες λόγω ψυχωσικών συμπτωμάτων και έχουν ιστορικό ΑΨΕΠΗ.

ΤΕΛΟΣ

Περίληψη Διδακτορικής διατριβής

Τα τελευταία χρόνια η έρευνα πάνω στη σχιζοφρένεια έχει προχωρήσει από την ανεύρεση των αιτιοπαθολογικών παραγόντων στην απαρτίωση ενός αιτιοπαθολογικού μοντέλου, στο οποίο αλληλεπιδρούν οι βιολογικοί-γενετικοί με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι αντίξοες ψυχοτραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας (ΑΨΕΠΗ) όπως η σωματική, σεξουαλική, συναισθηματική κακοποίηση, η σωματική και η συναισθηματική παραμέληση και ο εκφοβισμός, θεωρούνται από πολλούς ερευνητές ένας από τους πιο σημαντικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες που συσχετίζεται με την εκδήλωση ψύχωσης.

Η ερευνητική μελέτη της παρούσας διδακτορικής διατριβής έγινε με σκοπό την διερεύνηση του ρόλου των παραπάνω ΑΨΕΠΗ, ως πιθανών περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου στην εκδήλωση πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου (First-Episode Psychosis FEP). Με βάση την έρευνα της βιβλιογραφίας η πρωταρχική μας υπόθεση είναι ότι οι ασθενείς με FEP και ιστορικό ΑΨΕΠΗ έχουν αυξημένη ψυχωσική συμπτωματολογία κατά την έναρξη θεραπείας και μειωμένη βελτίωσή της μετά από ένα μήνα συνήθους θεραπείας. Η δεύτερη υπόθεση είναι ότι οι ασθενείς με FEP και ιστορικό ΑΨΕΠΗ έχουν μειωμένη ικανότητα προσαρμογής σε κοινωνικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες πριν νοσήσουν. Η τρίτη υπόθεση είναι ότι οι ασθενείς με FEP και ιστορικό ΑΨΕΠΗ έχουν επιβάρυνση στην ικανότητα επιτέλεσης ανώτερων νοητικών λειτουργιών και η τέταρτη υπόθεση ότι οι ασθενείς με FEP και ιστορικό ΑΨΕΠΗ έχουν αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα, επιβαρυμένα νοητικά σχήματα για τον εαυτό τους και τους άλλους. Επί πλέον, η κατάθλιψη και τα αρνητικά σχήματα για τον εαυτό και τους άλλους είναι παράγοντες διαμεσολάβησης μεταξύ του ιστορικού ΑΨΕΠΗ και της αυξημένης ψυχωσικής συμπτωματολογίας κατά την έναρξη θεραπείας των ασθενών καθώς και της μειωμένης βελτίωσης της συμπτωματολογίας μετά από ένα μήνα συνήθους θεραπείας.

Τα δεδομένα για την έρευνα συλλέχθηκαν από δείγμα ανδρών και γυναικών του ελληνικού γενικού πληθυσμού ηλικίας από 16 έως 45 ετών, οι οποίοι εμφάνισαν πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο (N=225) στα πλαίσια της μελέτης “Athens First-Episode Psychosis (FEP) Study”.

Οι ΑΨΕΠΗ εκτιμήθηκαν με το ερωτηματολόγιο παιδικού τραύματος (Childhood Trauma Questionnaire Short Form, CTQ-SF) και το Αναδρομικό Ερωτηματολόγιο Εκφοβισμού (Retrospective Bullying Questionnaire-RBQ), ενώ το θετικό και το αρνητικό ψυχωσικό σύνδρομο, τα συμπτώματα της γενικής ψυχοπαθολογίας και το σύνολο της ψυχοπαθολογίας εκτιμήθηκαν από την PANSS κατά την είσοδο και μετά από ένα μήνα θεραπείας. Στις αναλύσεις της PANSS του μήνα ως ανεξάρτητη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε εκτός από το φύλο, την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο και η βαθμολογία των αντίστοιχων υποκλιμάκων και του αντίστοιχου συνολικού αποτελέσματος της PANSS κατά την είσοδο. Έτσι τα αποτελέσματα των αναλύσεων στην PANSS του μήνα αφορούν την βελτίωση της συμπτωματολογίας μετά από 1 μήνα θεραπεία. (PANSS βελτίωση 1 μήνας). Ο δείκτης ‘ύφεση’ (remission) εκτιμήθηκε με βάση τις τιμές της PANSS στην είσοδο και στον 1 μήνα και στα κριτήρια συμπτωμάτων Andreasen. Η ικανότητα προσαρμογής σε κοινωνικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες για τις ηλικίες 5-11 ετών και 11-15 ετών εκτιμήθηκε με την κλίμακα προνοσηρής προσαρμογής (Premorbid Adjustment Scale-PAS). Για την κλινική εκτίμηση της ικανότητας επιτέλεσης ανώτερων πνευματικών λειτουργιών χρησιμοποιήθηκαν το Beads Test και το τεστ DFAR (Degraded Face Affection Recognition) για αξιολόγηση της προκατάληψης σε βεβιασμένα συμπεράσματα και την ικανότητα αναγνώρισης συναισθημάτων αντίστοιχα, στα πλαίσια ελέγχου της κοινωνικής νοητικής ικανότητας. Επιλέον, η οπτική ρητή μνήμη εκτιμήθηκε με το τεστ Benton, η εστιασμένη προσοχή με το Continuous Performance Test-CPT και η ικανότητα λεκτικής κατανόησης, η ενεργός μνήμη, η ταχύτητα διεκπεραίωσης και η ικανότητα αιτιολόγησης με το WAIS.

Στα πλαίσια του ελέγχου της υπόθεσης που αφορά την κατάθλιψη και τα αρνητικά σχήματα για τον εαυτό και τους άλλους χρησιμοποιήθηκαν η υποκλίματα κατάθλιψης της SCL-90 (Symptom Check List) για την εκτίμηση της κατάθλιψης και η βραχεία κλίμακα πυρηνικών σχημάτων (Brief Core Scheme Scale-BCSS) για την εκτίμηση των σχημάτων.

Τα εργαλεία ψυχομετρικής εκτίμησης που χρησιμοποιήθηκαν είναι συμβατά με αυτά που έχουν χρησιμοποιηθεί από το ευρωπαϊκό δίκτυο των εθνικών προγραμμάτων μελέτης της αλληλεπίδρασης των γενετικών με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες στην εκδήλωση ψύχωσης (European Genes Environment Interaction-EUGEI study).

Σε σχέση με τη μεθοδολογία της στατιστικής ανάλυσης, για τη σύγκριση των ΑΨΕΠΗ μεταξύ αντρών και γυναικών, χρησιμοποιήθηκε το test χ^2 του Pearson. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδες χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (ρ). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για την διερεύνηση της σχέσης του τραύματος με τις διάφορες υπό μελέτη κλίμακες, από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών. Για τη διερεύνηση της σχέσης του τραύματος με την μεταβλητή remission (ύφεση) έγινε ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis) και προέκυψαν σχετικοί λόγοι (Odds ratio) με τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους (95% ΔΕ). Για τον έλεγχο διαμεσολαβητικών παραγόντων χρησιμοποιήθηκε η τεχνική ανάλυσης των Baron και Kenny.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των αναλύσεών μας δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση του εκφοβισμού με αυξημένη βαρύτητα ψυχοπαθολογίας κατά την είσοδο, αλλά μετά από ένα

μήνα θεραπείας υπάρχει σημαντική συσχέτιση με αυξημένα αρνητικά συμπτώματα ($\beta=1,66$, $SE=0,70$, $p=0,018$) και συνολικό αποτέλεσμα της PANSS βελτίωση σε 1 μήνα ($\beta=4,81$, $SE=2,34$, $p=0,041$). Η σωματική παραμέληση βρέθηκε να συσχετίζεται με αυξημένη βαρύτητα θετικών ψυχωσικών συμπτωμάτων κατά την είσοδο ($\beta=3,07$, $SE=1,50$, $p=0,042$). Επιπλέον, η συναισθηματική παραμέληση συσχετίζεται με αυξημένα αρνητικά συμπτώματα ($\beta=4,62$, $SE=1,99$, $p=0,021$), συμπτώματα γενικής ψυχοπαθολογίας ($\beta=6,15$, $SE=2,98$, $p=0,040$) και συνολικό αποτέλεσμα της PANSS ($\beta=12,9$, $SE=5,13$, $p=0,019$) κατά την είσοδο, ενώ μετά από ένα μήνα θεραπείας υπάρχουν σημαντικές συσχετίσεις σε όλες τις διαστάσεις της PANSS βελτίωση σε 1 μήνα. [(θετικά: $\beta=4,60$, $SE=1,19$, $p<0,001$) (αρνητικά: $\beta=2,81$, $SE=1,12$, $p=0,013$) (γενική ψυχοπαθολογία: $\beta=6,08$, $SE=1,89$, $p=0,002$) (συνολικό αποτέλεσμα: $\beta=13,64$, $SE=3,74$, $p<0,001$)]

Η προσαρμοστική ικανότητα σε εκπαιδευτικές ($\beta=0,021$, $SE=0,009$, $p=0,028$) και κοινωνικές δραστηριότητες ($\beta=0,034$, $SE=0,010$, $p=0,001$) της παιδικής ηλικίας (5-11 ετών) των ατόμων με FEP που είχαν υποστεί εκφοβισμό βρέθηκε μειωμένη σε σχέση με τα άτομα με FEP χωρίς ιστορικό εκφοβισμού. Στις δραστηριότητες της πρώτης εφηβικής ηλικίας οι ασθενείς με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης και συναισθηματικής παραμέλησης είχαν μειωμένη προσαρμοστική ικανότητα τόσο στην εκπαίδευση ($\beta=0,204$, $SE=0,060$, $p=0,001$) και ($\beta=0,216$, $SE=0,049$, $p=0,011$), όσο και στην κοινωνικοποίησή τους ($\beta=0,197$, $SE=0,061$, $p=0,001$) και ($\beta=0,151$, $SE=0,050$, $p=0,003$), πάντα σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς ιστορικό αντίστοιχης ΑΨΕΠΗ.

Οι ασθενείς με FEP και ιστορικό εκφοβισμού είχαν σημαντικά φτωχότερες επιδόσεις στο τεστ ελέγχου οπτικής μνήμης Benton ($\beta=-0,030$, $SE=0,012$, $p=0,016$) και οι ασθενείς με ιστορικό σωματικής κακοποίησης μειωμένο δείκτη ικανότητας αιτιολόγησης ($\beta=-7,98$, $SE=3,49$, $p=0,023$) από τους FEP ασθενείς χωρίς ιστορικό των αντιστοιχών ΑΨΕΠΗ.

Επιπλέον, βρέθηκε σημαντική συσχέτιση της συναισθηματικής παραμέλησης με τα αρνητικά σχήματα για τον εαυτό και τους άλλους ($\beta=0,274$, $SE=0,091$, $p=0,003$)($\beta=0,198$, $SE=0,086$, $p=0,022$) και του εκφοβισμού ($\beta=0,36$, $SE=0,13$, $p=0,007$) και της συναισθηματικής παραμέλησης ($\beta=0,58$, $SE=0,22$, $p=0,008$) με την κατάθλιψη. Τέλος, στις αναλύσεις διαμεσολάβησης τα αποτελέσματα έδειξαν ότι κατά την είσοδο των ασθενών στη μελέτη, η κατάθλιψη είναι παράγοντας διαμεσολάβησης στην σημαντική σχέση της συναισθηματικής παραμέλησης με τα συμπτώματα γενικής ψυχοπαθολογίας ($p=0,033$) και με το συνολικό αποτέλεσμα της ψυχοπαθολογίας ($p=0,047$), όπως την καταγράφει η PANSS εισόδου. Ωστόσο, μετά από ένα μήνα κανονικής θεραπείας, και η κατάθλιψη, αλλά και τα αρνητικά νοητικά σχήματα για τον εαυτό, βρέθηκαν να είναι παράγοντες διαμεσολάβησης στη σημαντική συσχέτιση της συναισθηματικής παραμέλησης με αυξημένα θετικά ψυχωσικά συμπτώματα ($p=0,041$, $p=0,021$), αυξημένα συμπτώματα γενικής ψυχοπαθολογίας ($p=0,042$, $p=0,019$) και αυξημένο συνολικό αποτέλεσμα της PANSS βελτίωση σε 1 μήνα ($p=0,041$, $p=0,017$).

Τα ευρήματα που αφορούν την συναισθηματική παραμέληση, βρίσκονται στην ίδια κατεύθυνση με δημοσιευμένες μελέτες, οι οποίες υποστηρίζουν την συσχέτιση των ΑΨΕΠΗ με βαρύτερα συμπτώματα και δυσμενέστερη αρχική κλινική εικόνα. Επιπλέον, καταδεικνύεται ότι οι επιπτώσεις ΑΨΕΠΗ, όπως ο εκφοβισμός και η συναισθηματική παραμέληση, θα μπορούσαν να είναι σημαντικές στην πορεία του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου ακόμα και σε ασθενείς, στους οποίους αυτές δεν είναι εμφανείς κατά την εισαγωγή τους. Τα ευρήματα μας για διαμεσολάβηση της κατάθλιψης και των αρνητικών σχημάτων εαυτού, μεταξύ συναισθηματικής παραμέλησης και ανάπτυξης ψυχωσικών συμπτωμάτων, συμφωνούν με το τραυματογενές νευροαναπτυξιακό μοντέλο και επιβεβαιώνουν την υπόθεση της συμμετοχής ενός συναισθηματικού μονοπατιού στην εκδήλωση της ψύχωσης. Δεδομένου ότι η κατάθλιψη και το άγχος είναι τα πλέον συχνά εμφανιζόμενα συμπτώματα στις δομές πρώιμης παρέμβασης στην ψύχωση, η καταγραφή

και η έγκαιρη αντιμετώπιση των ΑΨΕΠΗ, τουλάχιστον σε ό,τι αφορά τη συναισθηματική παραμέληση, ίσως μπορέσει να συνεισφέρει στην πρόληψη και καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου σε ασθενείς με ιστορικό ψυχοτραυματικών εμπειριών.

Dissertation Abstract

Schizophrenia research over the last decades has shifted the paradigm from finding etiological factors to building a causal model where genetic factors interact with environmental ones. Adverse childhood psycho-traumatic experiences (ACPTes) such as physical, sexual and emotional abuse, physical and emotional neglect, and bullying have been proposed by several researchers to be some of the most significant environmental factors associated with schizophrenia spectrum disorders, if not the most significant. The present doctoral study aims at the investigation of the role of the aforementioned ACPTes as potential environmental components in the development of a first-episode psychosis (FEP). Reviewing the literature regarding the effect of ACPTes on early psychosis, our primary hypothesis proposes that the severity of psychotic symptoms at baseline is higher among FEP patients reporting a history of ACPTe compared to FEP patients who have not experienced ACPTe, and the early course of the illness is worse among FEP patients reporting a history of ACPTe, as the severity of psychotic symptoms typically persists after the initiation of antipsychotic treatment when assessed at the 1 month follow-up. The second hypothesis proposes that premorbid adjustment is worse among the FEP patients with a history of ACPTe. The third hypothesis proposes that the impairment of cognitive functions, including social cognition, is more severe among FEP patients with a history of ACPTe compared to the FEP patients have not experienced ACPTe. The fourth hypothesis

proposes that FEP patients with a history of ACPTTE are characterized by increased depressive symptoms and negative schemes for self and others. In addition, the depressive symptoms and negative schemes for self and others mediate both the association between ACPTTE and increased psychotic symptoms at baseline and the association between ACPTTE and the persistence of the psychotic symptoms at 1 month follow-up.

The research data were collected from a sample of men and women patients of the Greek general population aged 16-45 (N=225) who had experienced a FEP in the context of Athens First Episode Psychosis Study.

ACPTTEs were assessed using the Childhood Trauma Questionnaire Short Form (CTQ-SF) and the short version of Retrospective Bullying Questionnaire (RBQ). The positive and negative psychotic symptoms, as well as general symptoms and the total score, were assessed at baseline and 1 month follow-up, using the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). In the statistical analysis of the data from the clinical assessment with PANSS after one month of treatment with antipsychotics, taking into account clinical severity at baseline, the association of ACPTTE with a potential increased PANSS score at follow-up could be an indicator of reduced therapeutic effect in these patients (*PANSS 1 month improvement*). Clinical remission was assessed based on the baseline and follow-up values of the PANSS and on Andreasen's symptomatic criteria. Premorbid adjustment was assessed using Premorbid Adjustment Scale and four scores derived; two scores regarding academic and social adjustment in childhood (5-11 years old) and two scores regarding academic and social adjustment in early adolescence (11-15 years old). Social cognition including jumping to conclusion bias and affection recognition assessed using Beads Test and Degraded Faces Affection Recognition Test (DFART). Cognition including sustained attention, visual working memory assessed using Continuous Performance Test (CPT) and Benton Test. In addition, verbal comprehension, working memory, processing speed and perceptual reasoning were assessed using WAIS. Depression was assessed using the depression subscale of Symptom

Check List 90 (SCL-90) and finally schemes for self and others were assessed using Brief Core Scheme Scale (BCSS). The psychometric assessment tools mentioned above are compatible with those have been used by the European network of national programs studying the interaction of genetics with environmental factors in pathogenesis of psychosis (European Genes Environment Interaction-EUGEI study).

Regarding the statistical analysis methodology, Pearson's chi square (χ^2) test was used to compare ACTPEs between males and females. The Student's t-test or the nonparametric Mann-Whitney test was used to compare quantitative variables between two groups. The nonparametric Kruskal-Wallis test was used to compare quantitative variables between more than two groups. Spearman's correlation coefficient (rho) was used to test the relationship between two quantitative variables. Linear regression analyses were performed to investigate the relationship between ACPTes and the assessment scales, reporting the corresponding dependence coefficients (β) and their standard errors (SE). Linear regression analyses were performed using logarithmic transformations. To investigate the association between ACPTes and the variable "remission" logistic regression analysis models were performed, and odds ratios with their 95% confidence intervals (95% CI) were obtained adjusting for age, sex, and education level. Finally, Baron and Kenny's analysis technique was performed to test our mediation hypothesis. All statistical analyses were conducted using SPSS 24.0.

According to the results of our analyses, there was no significant association of bullying with increased severity of psychopathology, at baseline; however after one month of treatment as usual there was a significant association with increased negative symptoms ($\beta=1.66$; $SE=0.70$; $p=0.018$) and total PANSS (*1 month improvement*) score ($\beta=4.81$; $SE=2.34$; $p=0.041$). In addition, emotional neglect was associated with increased negative symptoms ($\beta=4.62$; $SE=1.99$; $p=0.021$), symptoms of general psychopathology ($\beta=6.15$; $SE=2.98$;

p=0.040), and PANSS total score ($\beta=12,9$; SE=5,13; p=0,019) at baseline, while after one month of treatment as usual there were significant associations across all PANSS (*1 month improvement*) subscales. [(positive: $\beta=4.60$; SE=1.19; p<0.001) (negative: $\beta=2.81$; SE=1.12; p=0.013) (general $\beta=6.08$; SE=1.89; p=0.002) (total score $\beta=13.64$; SE=3.74; p<0.001)]

The premorbid adjustment in childhood educational ($\beta=0.021$; SE=0.009; p=0.028) and social activities ($\beta=0.034$; SE=0.010; p=0.001) of the individuals who had a history of bullying was found to be reduced compared to patients without a history of bullying. Regarding early adolescence, the patients with a history of sexual abuse and emotional neglect had a reduced premorbid adjustment both in education ($\beta=0.204$; SE=0.060; p=0,001) ($\beta=0.216$; SE=0.049; p=0,011) and in socialization ($\beta=0.197$; SE=0.061; p=0.001) ($\beta=0.151$; SE=0.050; p=0.003) compared to the patients without history of the corresponding ACPTes.

Concerning cognitive functions a significant negative association between bullying and Benton test score ($\beta=-0.030$; SE=0.012; p=0.016) as well as between physical neglect and perception reasoning index ($\beta=-7.98$; SE=3.49; p=0.023) was found.

Significant association of emotional neglect with negative schemas for self and others ($\beta=0.274$; SE=0.091; p=0.003)($\beta=0.198$; SE=0.086; p=0.022) and with depression ($\beta=0.58$; SE=0.22; p=0.008) as well as a significant association between bullying and depression was found ($\beta=0.36$; SE=0.13; p=0.007). In the mediation analyses, the results demonstrated that depression was a mediating factor in the significant association of emotional neglect with the symptoms of general psychopathology (p=0.033) and with total score of PANSS at baseline (p=0.047). However, at one month follow up both depression and negative self schemas were found to mediate the significant association of emotional neglect with increased positive psychotic symptoms (p=0.041; p:0.021), increased symptoms of general psychopathology (p=0.042, p:0.019), and increased PANSS (*1 month improvement*) total score. (p=0.041; p: 0.017).

The findings presented in the current work with regard to emotional neglect are consistent with prior evidence supporting the association of ACPTes with an increased severity of psychotic symptoms and an unfavorable initial clinical course. In addition, it is demonstrated that the effects of ACPTes, such as bullying and emotional neglect, may not be apparent at admission but may be substantial, on the course of the FEP through poor symptomatic remission. The findings suggest the mediation role of depression and negative schemes for self between emotional neglect and symptom severity, thereby supporting the hypothesis of the traumatogenic neurodevelopmental model of psychosis and further implicate the affective pathway to psychosis etiology. Given that depression and anxiety symptoms are the most frequent among patients diagnosed with early psychosis in early intervention units, the recording and early treatment of ACPTes, at least in terms of emotional neglect, may contribute to the prevention and the efficient treatment of the first psychotic episode in patients with a history of adverse traumatic experiences.

BIBΛIOΓPAΦIA

1. Salomon JA, Vos T, Hogan DR et al. Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380(9859):2129–43. doi: [10.1016/S0140-6736\(12\)61680-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61680-8)
2. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, Partonen T, Tuulio-Henriksson A, Hintikka J, Kieseppä T, Härkänen T, Koskinen S, Lönnqvist J. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(1):19-28 doi:[10.1017/S0033291712001626](https://doi.org/10.1017/S0033291712001626)
3. Golokzuz S, van Os J. The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum *Psychol. Medicine* 2018 Jan; 48(2):229-244, doi:[10.1017/S0033291717001775](https://doi.org/10.1017/S0033291717001775)
4. Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I, Murray CJL. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute

and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet* 2015; 386(9995), 743-800 doi: **10.1016/S0140-6736(15)60692-4**.

5. Jongsma HE, Gayer-Anderson C, Lasalvia A, Quattrone D, Mulè A, Szöke A et al; European Network of National Schizophrenia Networks Studying Gene-Environment Interactions Work Package 2 (EU-GEI WP2) Group. Treated Incidence of Psychotic Disorders in the Multinational EU-GEI Study. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(1):36-46 doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.3554

6. Peritogiannis V, Mantas C, Tatsioni A, Mavreas V. Rates of first episode of psychosis in a defined catchment area in Greece. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2013; 9:251-4 doi: [10.2174/1745017901309010251](https://doi.org/10.2174/1745017901309010251)

7. Leucht S, Tardy M, Komossa K et al. Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2012; 379(9831):2063–71. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60239-6

8. Howes OD, Egerton A, Allan V, McGuire P, Stokes P, Kapur S. Mechanisms underlying psychosis and antipsychotic treatment response in schizophrenia: insights from PET and SPECT imaging. *Curr Pharm Des*. 2009; 15(22):2550–9. doi:10.2174/138161209788957528

9. Howes OD, and Murray RM, Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model *Lancet*. 2014 May 10; 383(9929): 1677–1687. doi: [10.1016/S0140-6736\(13\)62036-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62036-X)

10. Ripke S et al; Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, Biological insights from 108 schizophrenia associated genetic loci. *Nature* 2014 Jul 24;511(7510):421-7 doi:[10.1038/nature13595](https://doi.org/10.1038/nature13595)

11. Zhang JP, Lencz LF, Geisler S, DeRosse P, Bromet EJ, Malhotra AK. Genetic variation in BDNF is associated with antipsychotic treatment resistance in patients with schizophrenia. *Schiz. Res*. 2013 May;146(1-3):285-8 doi: [10.1016/j.schres.2013.01.020](https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.01.020)

12. Goldstein JI, Jarskog LF, Hilliard C, Alfirevic A et al. Clozapine induced agranulocytosis is associated with rare HLA-DQB1 and HLA-B alleles *Nat Commun*.2014 Sep 4;5:4757 doi:[10.1038/ncomms5757](https://doi.org/10.1038/ncomms5757)

13. O'Donovan MC, Craddock N, Owen MJ. Schizophrenia: complex genetics, not fairy tales. *Psychol Med*. 2008. 38(12), 1697-1699, doi:[10.1017/S0033291708003802](https://doi.org/10.1017/S0033291708003802)

14. Crow TJ. The emperors of the schizophrenia polygene have no clothes. *Psychol Med* 2008 Dec;38(12):1681-5. doi:10.1017/S0033291708003395

15. van Os, J., Kenis, G., Rutten, B.P., 2010. The environment and schizophrenia. *Nature* 468 (7321), 203–212. doi: 10.1038/nature09563

16. Padmanabhan J.L., Shah J.L., Neeraj T. Matcheri K.S., The “polyenviromic risk score”: Aggregating environmental risk factors predicts conversion to psychosis in familial high-risk subjects. *Schizophr Res*. 2017 Mar;181:17-22. doi: 10.1016/j.schres.2016.10.014.

17. Flaum MA, Andreasen NC, Arndt S. The Iowa prospective longitudinal study of recent-onset-psychosis. *Schizophr Bull.* 1992; 18:481–490. doi: 10.1093/schbul/18.3.481
18. Breitborde. N J.K., Srihari V. H., Woods S.W. Review of the operational definition for first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry.* 2009 November; 3(4): 259–265. doi:10.1111/j.1751-7893.2009.00148.x.
19. Specialized Treatment for Early Psychosis (STEP) Program. Yale School of Medicine. <https://medicine.yale.edu/psychiatry/step/psychosis/firstepisode/>
20. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcomes in cohorts of first-episode patients. *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 62:975–983. doi: 10.1001/archpsyc.62.9.975
21. Johnstone EC, Crow TJ, Johnson AL, MacMillan JF. The Northwick Park Study of first episode of schizophrenia. I. Presentation of the illness and problems relating to admission. *Br J Psychiatry.* 1986; 148:115–120. doi: 10.1192/bjp.148.2.115 [PubMed: 3697578]
22. Lincoln C, Harrigan S, McGorry PD. Understanding the topography of the early psychosis pathway. An opportunity to reduce delays in treatment. *Br J Psychiatry.* 1998; 172(Suppl. 33):21– 25. PMID: 9764122.
23. Jørgensen P, Nordentoft M, Abel MB, Gouliaev G, Jeppesen P, Kasso P. Early detection and assertive community treatment of young psychotics: the OPUS study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2000; 35:283–287, doi: 10.1007/s001270050240 [PubMed: 11016522]
24. Domino ME, Swartz MS. Who are the new users of antipsychotic medications? *Psychiatr Serv.* 2008; 59:507–514, doi: 10.1176/ps.2008.59.5.507. PMID: 18451006 [PubMed: 18451006]
25. Olfson M, Blanco C, Liu L, Moreno C, Laje G. National trends in the outpatient treatment of children and adolescents with antipsychotic drugs. *Arch Gen Psychiatry.* 2006; 63:679–685, doi: 10.1001/archpsyc.63.6.679 [PubMed: 16754841]
26. Addington J, Van Mastrigt S, Addington D. Duration of untreated psychosis: impact on 2-year outcome. *Psychol Med.* 2004; 34:277–284, doi: 10.1017/s0033291703001156 [PubMed: 14982133]
27. Castro-Fornieles J, Parellada M, Gonzalez-Pinto A, et al. The child and adolescent first-episode psychosis study (CAFEPS): design and baseline results. *Schizophr Res* 2007; 91:226–237, doi: 10.1016/j.schres.2006.12.004 [PubMed: 17267179]
28. Νικόλαος Οικονόμου: "Χειρουργική", Αθήνα 1978, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών, σελ. 144
29. Χαράλαμπος Γκούβας: "Ατυχήματα και μαζικές καταστροφές, αίτια, και αντιμετώπιση" Έκδοση Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, 2000 σελ.75
30. "Trauma Definition" in: *Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Archived from the original on August 5, 2014. available from www.samhsa.gov/traumajustice/traumadefinition/definition.aspx*
31. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., Text Revision). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2000

32. Nelson EC, Heath AC, Madden PAF et al. Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes. results from a twin study. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:139–145. doi:10.1001/archpsyc.59.2.139
33. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2010;197:378–385. doi: [10.1192/bjp.bp.110.080499](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499)
34. Braun, A., Liu, L., Bearden, C.E. et al. Bullying in clinical high risk for psychosis participants from the NAPLS-3 cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **57**, 1379–1388 (2022). doi:10.1007/s00127-022-02239-5
35. Mullen P, Martin J, Anderson J, Romans S, Herbison G. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J Psychiatry* 1993;163:721–732 doi:10.1192/bjp.163.6.721
36. Bushnell J, Wells J, Oakley-Browne M. Long-term effects of intrafamilial sexual abuse in childhood. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:136–142, doi:10.1111/j.1600-0447.1992.tb01458.x
37. Christoffersen M, Poulsen H, Nielsen A. Attempted suicide among young people: risk factors in a prospective register based study of Danish people born in 1966. *Acta Psychiatr. Scand.* 2003;108:350–358. PMID:14531755
38. Kim D, Kaspar V, Noh S, Nam JH. Sexual and physical abuse among Korean female inpatients with schizophrenia. *J Trauma Stress* 2006;19:279–289, doi:10.1002/jts.20119
39. Schenkel LS, Spaulding WD, Dilillo D, Silverstein SM. Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: relationships with premorbid functioning, symptomatology and cognitive deficits. *Schizophr. Res.* 2005;76:273–286. doi:10.1016/j.schres.2005.03.003
40. Lysaker PH, Meyer PS, Evans JD, Clements CA, Marks K.A. Childhood sexual trauma and psychosocial functioning in adults with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2001;52:1485–1488. doi:10.1176/appi.ps.52.11.1485
41. Lysaker PH, Nees MA, Lancaster RS, Davis LW. Vocational function among persons with schizophrenia with and without history of childhood sexual trauma. *J Trauma Stress* 2004;17:435–438. doi:10.1023/B:JOTS.0000048957.70768.b9
42. Kendler KS, Bulik CM, Silberg J et al. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women. An epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:953–959. doi:10.1001/archpsyc.57.10.953
43. Grilo CM, Masheb RM. Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:183–188. doi:10.1034/j.1600-0447.2002.02303.x
44. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieveise R, Lataster T, Viechtbauer W et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull* 2012, 38:661–671, doi: [10.1093/schbul/sbs050](https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050)

45. Freud S.(1896b) The aetiology of hysteria. Standard Edition 3:191–221. London: Hogarth Press, 1962.
46. Boschan P J. Childhood and Trauma. *The American Journal of Psychoanalysis* April 2008 68(1):24-32 doi:[10.1057/palgrave.ajp.3350044](https://doi.org/10.1057/palgrave.ajp.3350044)
47. Bohleber W. (2007) Remembrance, trauma, and collective memory; The battle for memory in psychoanalysis . *Intenational Journal of Psychoanalysis*, 88, 329 – 352 doi:[10.1516/90Q5-5415-2872-58W9](https://doi.org/10.1516/90Q5-5415-2872-58W9)
48. Ferenczi S. (1933) . Confusion of tongues between adults and the child. In Final contributions (pp. 156 – 157). London: Hogarth, 1955 .
49. Ferenczi , S .(1929) The unwelcome child and his death instinct . “ El nino no bienvenido y su pulsion de muerte ” In S. Ferenczi (Ed.), Final contributions to the problems and methods of psycho-analysis (pp. 102 – 107). London: Hogarth , 1955 .
50. Ferenczi S. (1988 [1933]) . The clinical diary of Sandor Ferenczi (Diario Clinico), J. Dupont (Ed.), M. Balint and N. Zarday Jackson (Trans.). Cambridge, MA: Harvard University Press , 1988 .
51. Freud S. (1939 [1934 – 38]) . Moses and monotheism: Three essays . Standard edition (Vol. 23, pp. 3 – 137) . London: Hogarth .
52. Freud, A. (1967), Comments on trauma. In: *Psychic Trauma*, ed. S. Furst. New York: Basic Books, pp. 235–246.
53. Howard B. Levine M.D. (2014) *Psychoanalysis and Trauma*, *Psychoanalytic Inquiry*, 34:3, 214-224, doi: [10.1080/07351690.2014.889475](https://doi.org/10.1080/07351690.2014.889475)
54. Botella C, Botella S. (2001) La fi gurabilite psychique (The psychic fi gurability). Paris: Delachaux et niestle .
55. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press; 1979. p. 425.
56. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: a practitioner’s guide*. New York: The Guilford Press; 2003. p. 436.
57. Bernstein DP. Cognitive therapy of personality disorders in patients with histories of emotional abuse or neglect. *Psychiatric Annals* 2002; 32:618-628, doi: [10.3928/0048-5713-20021001-10](https://doi.org/10.3928/0048-5713-20021001-10)
58. Lumley MN, Harkness KL. Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognit Ther Res* 2007; 31:639-65, doi:[10.1007/s10608-006-9100-3](https://doi.org/10.1007/s10608-006-9100-3)
59. McGinn LK, Cukor D, Sanderson WC. The relationship between parenting style, cognitive style, and anxiety and depression: Does increased early adversity influence symptom

severity through the mediating role of cognitive style? *Cognit Ther Res* 2005; 29:219-242, doi:[10.1007/s10608-005-3166-1](https://doi.org/10.1007/s10608-005-3166-1)

60. Harris AE, Curtin L. Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognit Ther Res* 2002; 26:405-416. doi:[10.1023/A:1016085112981](https://doi.org/10.1023/A:1016085112981)

61. Wright MO, Crawford E, Del Castillo D. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse Negl* 2009; 33:59-68. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.12.007

62. Harding HG, Burns EE, Jackson JL. Identification of child sexual abuse survivor subgroups based on early maladaptive schemas: Implications for understanding differences in posttraumatic stress disorder symptom severity. *Cognit Ther Res* 2011; 35:1-16. doi:[10.1007/s10608-011-9385-8](https://doi.org/10.1007/s10608-011-9385-8)

63. Waller G, Meyer C, Ohanian V, Elliott P, Dickson C, Sellings J. The psychopathology of bulimic women who report childhood sexual abuse: The mediating role of core beliefs. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189:700-708. [CrossRef]

64. Hartt J, Waller G. Child abuse, dissociation, and core beliefs in bulimic disorders. *Child Abuse Negl* 2002; 26:923-938. [CrossRef]

65. Dutra L, Callahan K, Forman E, Mendelsohn M, Herman J. Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196:71-74. [CrossRef]

66. Fulya Kaya Tezel F, Tutarel Kışlak S, Boysan M. Relationships between Childhood Traumatic Experiences, Early Maladaptive Schemas and Interpersonal Styles. *Arch Neuropsychiatr* 2015; 52: 226-232 • doi:[10.5152/npa.2015.7118](https://doi.org/10.5152/npa.2015.7118)

67. Bowlby, J., 1982. *Attachment: Attachment and Loss*, 2nd ed. Basic Books, New York (Original work published 1969).

68. Mikulincer, M., Shaver, P., Pereg, D., 2003. Attachment theory and affect regulation: the dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motiv. Emot.* 27, 77–102, doi:[10.1023/A:1024515519160](https://doi.org/10.1023/A:1024515519160).

69. Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S., 1978. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum Associates, Oxford, England.

70. Brennan, K.A., Clark, C.L., Shaver, P.R., 1998. Self-report measurement of adult attachment: an integrated overview. In: Simpson, J.A., Rhodes, W.S. (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships*. Guilford Press, New York, pp. 46–76.

71. Morton, N., Browne, K.D., 1998. Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: a review. *Child Abus. Negl.* 22, 1093–1104. doi: 10.1016/S0145-2134(98)00088-X

72. Goldsmith R.E., Christina Gamache Martin MS & Carly Parnitzke Smith MA MS (2014) Systemic Trauma, *Journal of Trauma & Dissociation*, 15:2, 117-132, doi: [10.1080/15299732.2014.871666](https://doi.org/10.1080/15299732.2014.871666)
73. Frissen A, Lieveverse R., Drukker M., van Winkel R., Delespaul P, and GROUP Investigators Childhood trauma and childhood urbanicity in relation to psychotic disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015; 50(10): 1481–1488. doi: [10.1007/s00127-015-1049-7](https://doi.org/10.1007/s00127-015-1049-7)
74. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry*. 2005;162:12–24. doi:[10.1176/appi.ajp.162.1.12](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.12)
75. Hoek HW. Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands. *Int J Epidemiol*. 2007;36:761–768. doi:[10.1093/ije/dym085](https://doi.org/10.1093/ije/dym085)
76. Sarkar, N. N. (2013). The cause and consequence of domestic violence on pregnant women in India. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 33, 250–253. doi:[10.3109/01443615.2012.747493](https://doi.org/10.3109/01443615.2012.747493)
77. Campbell, R., & Raja, S. (2005). The sexual assault and secondary victimization of female veterans: Help-seeking experiences with military and civilian social systems. *Psychology of Women Quarterly*, 29(1), 97–106. doi:[10.1111/j.1471-6402.2005.00171.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2005.00171.x)
78. Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C., & Southwick, S. M. (2009). Psychological resilience and post-deployment social support project against traumatic stress and depressive symptoms in soldiers returning from Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Journal of Special Operations Medicine*, 9(3), 67–73. doi: [10.1002/da.20558](https://doi.org/10.1002/da.20558)
79. Rodriguez CM, Henderson RC. Who spares the rod? Religious orientation, social conformity, and child abuse potential. *Child Abuse & Neglect* 2010, 34, 84–94. doi:[10.1016/j.chiabu.2009.07.002](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.07.002)
80. McDonald M K, Borntreger CF, Rostad W. (). Measuring trauma: Considerations for assessing complex and non-PTSD Criterion A childhood trauma. *Journal of Trauma & Dissociation* 2014, 15, 184–203, doi: [10.1080/15299732.2014.867577](https://doi.org/10.1080/15299732.2014.867577)
81. Jost JT, Hunyady O. The psychology of system justification and the palliative function of ideology. *European Review of Social Psychology* 2002, 13, 111–153. doi:[10.1080/10463280240000046](https://doi.org/10.1080/10463280240000046)
82. Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112: 330–350. doi: [10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x)
83. Read J. Child Abuse and psychosis: a literature review and implications for professional practice. *Prof Psychol Res Pr* 1997;28:448–456. doi: [10.1037/0735-7028.28.5.448](https://doi.org/10.1037/0735-7028.28.5.448)

84. Bendall S, Jackson HJ, Hulbert CA, McGorry PD. Childhood trauma and psychotic disorders: a systematic, critical review of the evidence. *Schizophr Bull.* 2008;34:568–579. doi:10.1093/schbul/sbm121
85. Steinberg HR, Durell J. A stressful social situation as a precipitant of schizophrenic symptoms: an epidemiological study - *The British Journal of Psychiatry*, 1968 – RCP 114,1097-1105 PMID: [5684658](#)
86. Luchterhand E. – Early and late effects of imprisonment in Nazi concentration camps: Conflicting interpretations in survivor research. *Social psychiatry*, 1970,5. 102-110 doi:10.1007/BF00594722
87. Reulbach U, Bleich S, Biermann T, Pfahlberg A, Sperling W. Late-Onset Schizophrenia in Child Survivors of the Holocaust. *J Nerv Ment Dis* 2007, 195:315–319, doi: 10.1097/01.nmd.0000261878.55882.55
88. Uco A, Bikmaz S. The effects of childhood trauma in patients with first episode schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;116:371–377. doi:10.1111/j.1600-0447.2007.01079.x
89. Spataro J, Mullen PE, Burgess PM, Wells DL, Moss A. Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. *Br J Psychiatry* 2004;184:416–421. PMID:15123505
90. Lysaker PH, Beattie BA, Strasburger MA, Davis LW. Reported history of child sexual abuse in schizophrenia—Association with heightened symptom levels and poorer participation over four months in vocational rehabilitation. *J Nerv Ment Dis.* 2005;193:790–795. PMID:16319700
91. Ross C, Anderson G, Clark P. Childhood abuse and positive symptoms of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1994;164:831–834. PMID:8045548
92. Read J, Perry BD, Miskowitz A. The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumatogenic neurodevelopmental model. *Psychiatry.* 2001;64:319–345. doi:10.1521/psyc.64.4.319.18602
93. Lysaker PH, Meyer P, Evans JD, Marks KA. Neurocognitive and symptom correlates of self-reported childhood sexual abuse in schizophrenia spectrum disorders. *Ann Clin Psychiatry.* 2001;13:89–92. PMID:11534930
94. Conus P, Cotton S., Schimmelmann B.G., McGorry P.D., and Lambert M. Pretreatment and Outcome Correlates of Sexual and Physical Trauma in an Epidemiological Cohort of First-Episode Psychosis Patients *Schizophrenia Bulletin* vol. 36 no. 6 pp. 1105–1114, 2010 doi: [10.1093/schbul/sbp009](#)
95. Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, et al. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biol Psychiatry.* 2002;51:288–297. PMID:11958779
96. Garino JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry.* 2005;186:121–125. doi:10.1192/bjp.186.2.121

97. Leverich GS, Post RM. Course of bipolar illness after history of childhood trauma. *Lancet*. 2006;367:1040–1042. doi:[10.1016/S0140-6736\(06\)68450-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68450-X)
98. Morgan C, Fisher H. Environmental factors in schizophrenia: childhood trauma—a critical review. *Schizophr Bull*. 2007; 33:3–10. doi: [10.1093/schbul/sbl053](https://doi.org/10.1093/schbul/sbl053)
99. Shevlin M, Houston JE, Dorahy MJ, Adamson G. Cumulative traumas and psychosis: An analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophr Bull*. 2008;34:193–199. doi: [10.1093/schbul/sbm069](https://doi.org/10.1093/schbul/sbm069)
100. Van Os J, Hanssen M, Bak M, Bijl RV, Vollebergh W. Do urbanicity and familial liability coparticipate in causing psychosis? *Am J Psychiatry*. 2003;160:477–482. doi:[10.1176/appi.ajp.160.3.477](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.3.477)
101. Van Os J. Does the urban environment cause psychosis? *Br J Psychiatry*. 2004;184:287–288. PMID:15056569
102. Van Os J, Pedersen CB, Mortensen PB. Confirmation of synergy between urbanicity and familial liability in the causation of psychosis. *Am J Psychiatry*. 2004;161:2312–2314. doi:[10.1176/appi.ajp.161.12.2312](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2312)
103. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry*. 2005;162:12–24. doi:[10.1176/appi.ajp.162.1.12](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.12)
104. Hoek HW. Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands. *Int J Epidemiol*. 2007;36:761–768. doi:[10.1093/ije/dym085](https://doi.org/10.1093/ije/dym085)
105. Janssen I, Hanssen M, Bak M, et al. Discrimination and delusional ideation. *Br J Psychiatry*. 2003;182:71–76. PMID:12509322
106. Trotta A, Di Forti M, Mondelli V, Dazzan P, Pariante C, David A, Mulè A, Ferraro L, Formica I, Murray RM, Fisher HL. Prevalence of bullying victimisation amongst first-episode psychosis patients and unaffected controls. *Schizophr Res*. 2013 Oct;150(1):169-75. doi: [10.1016/j.schres.2013.07.001](https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.001). Epub 2013 Jul 26.
107. Allen JG, Coyne L, Console DA. Dissociative detachment relates to psychotic symptoms and personality decompensation. *Compr Psychiatry*. 1997;38:327–334. doi:[10.1016/S0010-440X\(97\)90928-7](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(97)90928-7)
108. Bentall RP, Rowse G, Shryane N, et al. The cognitive and affective structure of paranoid delusions: a transdiagnostic investigation of patients with schizophrenia spectrum disorders and depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66(3):236–47. doi: [10.1001/archgenpsychiatry.2009.1](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.1).
109. Dong M, Anda R, Dube SR, Giles WH, Felitti VJ. The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect and household dysfunction during childhood. *Child Abuse Negl* 2003;27:625-39. PMID:12818611
110. Selten JP, Cantor-Graae E. Hypothesis: social defeat is a risk factor for schizophrenia? *Br J Psychiatry Suppl*. 2007;51:s9–s12. doi:[10.1192/bjp.191.51.s9](https://doi.org/10.1192/bjp.191.51.s9)

111. Ventura J, Nuechterlein KH, Subotnik KL, Hardesty JP, Mintz J. Life events can trigger depressive exacerbation in the early course of schizophrenia. *J Abnorm Psychol*. 2000;109:139–144. PMID:1074094
112. Horan WP, Ventura J, Nuechterlein KH, Subotnik KL, Hwang SS, Mintz J. Stressful life events in recent-onset schizophrenia: reduced frequencies and altered subjective appraisals. *Schizophr Res*. 2005;75:363–374. doi:10.1016/j.schres.2004.07.019
113. Konings M, Stefanis NC, Kuepper R, de Graaf R, ten Have M., van Os J et al. Replication in two independent population-based samples that childhood maltreatment and cannabis use synergistically impact on psychosis risk. *Psychol. Med.* Volume 42, Issue 1 Jan 2012 , pp. 149-159 doi: 10.1017/S0033291711000973
114. Morgan C, Reininghaus U, Reichenberg A, Frissa S, SELCoH study team, Hotopf M. and Hatch S.L. Adversity, cannabis use and psychotic experiences: evidence of cumulative and synergistic effects *The British Journal of Psychiatry* May 2014 , pp. 346-353 doi: 10.1192/bjp.bp.113.134452
115. Bentall RP, de Sousa P, Varese F, et al. From adversity to psychosis: pathways and mechanisms from specific adversities to specific symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49:1011–1022, doi: 10.1007/s00127-014-0914-0
116. Hardy A. Pathways from trauma to psychotic experiences: a theoretically informed model of posttraumatic stress in psychosis. *Front Psychol*. 2017;8:697, doi:10.3389/fpsyg.2017.00697
117. Pickering L, Simpson J, Bentall RP. Insecure attachment predicts proneness to paranoia but not hallucinations. *Pers Individ Differ*. 2008;44:1212–1224, doi:10.1016/j.paid.2007.11.016
118. Janssen I, Hanssen M, Bak M, et al. Discrimination and delusional ideation. *Br J Psychiatry*. 2003;182:71–76, doi: 10.1192/bjp.182.1.71
119. Mirowsky J, Ross CE. Paranoia and the structure of powerlessness. *Am Sociol Rev*. 1983;48:228–239 PMID: 6859680.
120. Bentall RP, Fernyhough C. Social predictors of psychotic experiences: specificity and psychological mechanisms. *Schizophr Bull*. 2008;34:1009–1011, doi: 10.1093/schbul/sbn103
121. Shevlin M, Dorahy M, Adamson G. Childhood traumas and hallucinations: an analysis of the National Comorbidity Survey. *J Psychiatr Res*. 2007;41:222–228, doi: 10.1016/j.jpsychires.2006.03.004
122. Varese F, Barkus E, Bentall RP. Dissociation mediates the relationship between childhood trauma and hallucination proneness [published online ahead of print September 06, 2011]. *Psychol Med*. doi:10.1017/S0033291711001826
123. Cristóbal-Narváez P, Sheinbaum T, Ballepí S, Mitjavila M, Myin-Germeys I, Kwapil TR, Barrantes-Vidal N. Impact of adverse childhood experiences on psychotic-like symptoms and stress reactivity in daily life in nonclinical young adults. *PLoS One* 2016 11 (4), e0153557. doi: 10.1371/journal.pone.0153557

124. Gibson LE, Alloy LB, Ellman LM. Trauma and the psychosis spectrum: a review of symptom specificity and explanatory mechanisms. *Clin. Psychol* 2016. Rev. 49, 92–105. doi: 10.1016/j.cpr.2016.08.003
125. Aas M, Andreassen OA, Aminoff SR, Færden A, Romm KL, Nesvåg R et al. A history of childhood trauma is associated with slower improvement rates: findings from a one-year follow-up study of patients with a first-episode psychosis. *BMC Psychiatry* 2016, 16 (1), 1, doi: 10.1186/s12888-016-0827-4
126. Chae S, Sim M, Lim M, Na J, Kim D. Multivariate analysis of relationship between childhood trauma and psychotic symptoms in patients with schizophrenia. *Psychiatry Investig* 2015. 12 (3), 397–401, doi: 10.4306/pi.2015.12.3.397
127. Schalinski I, Fischer Y, Rockstroh B. Impact of childhood adversities on the short term course of illness in psychotic spectrum disorders. *Psychiatry Res* 2015 228 (3), 633–640, doi: 10.1016/j.psychres.2015.04.052.
128. Mills R, Alati R, O’Callaghan M, Najman JM, Williams GM, Bor W, et al. Child abuse and neglect and cognitive function at 14 years of age: findings from a birth cohort. *Pediatrics* 2011;127(1):4–10, doi: 10.1542/peds.2009-3479
129. Perez CM, Widom CS. Childhood victimization and long-term intellectual and academic outcomes. *Child Abuse Negl* 1994;18(8):617–33, doi: 10.1016/0145-2134(94)90012-4
130. de Gracia Dominguez M, Viechtbauer W, Simons CJP, van Os J, Krabbendam L. Are psychotic psychopathology and neurocognition orthogonal? A systematic review of their associations. *Psychol. Bull.* 2009. 135 (1), 157, doi: 10.1037/a0014415
131. Myin-Germeys I, van Os J. Stress-reactivity in psychosis: evidence for an affective pathway to psychosis. *Clin Psychol Rev.* 2007;27:409–424, doi: [10.1016/j.cpr.2006.09.005](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.005)
132. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. 2002. *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of Self*. Other Press, New York, NY.3.
133. Green MF, Horan WP, Lee J. Social cognition in schizophrenia. *Nat. Rev. Neurosci* 2015 16, 620–631, doi: 10.1038/nrn4005. Epub 2015
134. Jacobsen MN, Ha C, Sharp C. A mentalization-based treatment approach to caring for youth in foster care. *J. Infant Child Adolesc Psychother* 2015, 14 (4), 440–454, doi: [10.1080/15289168.2015.1093921](https://doi.org/10.1080/15289168.2015.1093921)
135. van Os J, Kenis G, Rutten BP. The environment and schizophrenia. *Nature* 2010, 468 (7321), 203–212, doi: 10.1038/nature09563
136. Read J, Fosse R, Moskowitz A, Perry B. The traumagenic neurodevelopmental model of psychosis revisited. *Neuropsychiatry* 2014, 4 (1), 65–79, doi: [10.2217/np.13.89](https://doi.org/10.2217/np.13.89)
137. Quidé Y, Ong XH, Mohnke S, Schnell K, Walter H, Carr VJ, Green MJ. Childhood trauma-related alterations in brain function during a Theory-of-Mind task in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2017 Nov;189:162-168. doi: 10.1016/j.schres.2017.02.012. Epub 2017 Feb 16. PMID: 28215391.

138. Zanelli J, Reichenberg A, Morgan K, Fearon P, Kravariti E, Dazzan P, et al. Specific and generalized neuropsychological deficits: a comparison of patients with various first-episode psychosis presentations. *Am J Psychiatry* 2010;167(1):78–85.
139. Aas M, Navari S, Gibbs A, et al. Is there a link between childhood trauma, cognition, and amygdala and hippocampus volume in first-episode psychosis? *Schizophr Res* 2012;137(1–3):73–9. doi: 10.1016/j.schres.2012.01.035
140. **Larkin W, Read J.** Childhood trauma and psychosis: evidence, pathways, and implications. *J Postgrad Med.* 2008 Oct-Dec;54(4):287-93. PMID: 18953148
141. Etain B., Mathieu F., Henry C., Raust A., Roy I., Germain A., et al. Preferential association between childhood emotional abuse and bipolar disorder. *J. Trauma. Stress.*, 23 (3) (2010 Jun), pp. 376-383
142. Fett, A.K., Maat, A., GROUP Investigators, 2013. Social cognitive impairments and psychotic symptoms: what is the nature of their association? *Schizophr. Bull.* 39 (1), 77–85, doi: 10.1093/schbul/sbr058
143. Ventura, J., Wood, R.C., Helleman, G.S., 2013. Symptom domains and neurocognitive functioning can help differentiate social cognitive processes in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr. Bull.* 39, 102–111, doi: 10.1093/schbul/sbr067.
144. van Rooij SJ, Stevens JS, Ely TD, Fani N, Smith AK, Kerley KA, Lori A, Ressler KJ, Jovanovic T. Childhood Trauma and COMT Genotype Interact to Increase Hippocampal Activation in Resilient Individuals. *Front Psychiatry.* 2016 Sep 14;7:156. doi: 10.3389/fpsy.2016.00156. PMID: 27683563; PMCID: PMC5021680.
145. Yaylaci FT, Cicchetti D, Rogosch FA, Bulut O, Hetzel SR. The interactive effects of child maltreatment and the FK506 binding protein 5 gene (FKBP5) on dissociative symptoms in adolescence. *Dev Psychopathol.* 2017 Aug;29(3):1105-1117. doi:10.1017/S095457941600105X. Epub 2016 Oct 20. PMID: 27760575.
146. Theleritis C, Fisher HL, Schäfer I, Winters L, Stahl D, Morgan C, Dazzan P, Breedvelt J, Sambath I, Vitoratou S, Russo M, Reichenberg A, Falcone MA, Mondelli V, O'Connor J, David A, McGuire P, Pariante C, Di Forti M, Murray RM, Bonaccorso S. Brain derived Neurotrophic Factor (BDNF) is associated with childhood abuse but not cognitive domains in first episode psychosis. *Schizophr Res.* 2014 Oct;159(1):56-61. doi: 10.1016/j.schres.2014.07.013. Epub 2014 Sep 22. PMID: 25171858.
147. Myin-Germeys I, van Os J, Schwartz JE, Stone AA, Delespaul PA. Emotional reactivity to daily life stress in psychosis. *Arch Gen Psychiatry.* 2001;58:1137–1144. PMID:11735842
148. Myin-Germeys I, Krabbendam L, Jolles J, Delespaul PA, van Os J. Are cognitive impairments associated with sensitivity to stress in schizophrenia? An experience sampling study. *Am J Psychiatry.* 2002;159:443–449. doi:10.1176/appi.ajp.159.3.443
149. Anda L, Brønneck KK, Johannessen JO, Joa I, Kroken RA, Johnsen E, Rettenbacher M, Fathian F, Løberg EM. Cognitive Profile in Ultra High Risk for Psychosis and Schizophrenia: A Comparison Using Coordinated Norms. *Front Psychiatry.* 2019 Oct 1;10:695. doi: 10.3389/fpsy.2019.00695. PMID: 31632305; PMCID: PMC6779770.

150. Croft J, Martin D, Madley-Dowd P, Strelchuk D, Davies J, Heron J, Teufel C, Zammit S. Childhood trauma and cognitive biases associated with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021 Feb 25;16(2):e0246948. doi: 10.1371/journal.pone.0246948. PMID: 33630859; PMCID: PMC7906349.
151. Sideli L, Fisher HL, Russo M, Murray RM, Stilo SA, Wiffen BD, O'Connor JA et al. Failure to find association between childhood abuse and cognition in first-episode psychosis patients. *Eur Psychiatry*. 2014 Jan;29(1):32-5. doi: 10.1016/j.eurpsy.2013.02.006. Epub 2013 Jun 10. PMID: 23764407.
152. Mansueto G, Schruers K, Cosci F, van Os J; GROUP Investigators. Childhood adversities and psychotic symptoms: The potential mediating or moderating role of neurocognition and social cognition. *Schizophr Res*. 2019 Apr;206:183-193. doi: 10.1016/j.schres.2018.11.028
153. Teresa Vargas, Phoebe H Lam, Matilda Azis, K Juston Osborne, Amy Lieberman, Vijay A Mittal, Childhood Trauma and Neurocognition in Adults With Psychotic Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis, *Schizophrenia Bulletin*, Volume 45, Issue 6, November 2019, Pages 1195–1208, doi:10.1093/schbul/sby150
154. Marenco S, Weinberger D R. The neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia: following a trail of evidence from cradle to grave. *Development and Psychopathology* 2000, 12, 501–527, doi: 10.1017/s0954579400003138
155. Murray, R. M. (1994). Neurodevelopmental schizophrenia: the rediscovery of dementia praecox. *British Journal of Psychiatry*, 165, 6–12. PMID: 7865195.
156. Murray RM, Bhavsar V, Tripoli G, Howes O. 30 Years on: How the Neurodevelopmental Hypothesis of Schizophrenia Morphed Into the Developmental Risk Factor Model of Psychosis. *Schizophr Bull*. 2017 Oct 21;43(6):1190-1196. doi: 10.1093/schbul/sbx121. PMID: 28981842; PMCID: PMC5737804.
157. Cannon TD, van Erp TG, Bearden CE, Loewy R, Thompson P, Toga AW, Huttunen MO, Keshavan MS, Seidman LJ, Tsuang MT., 2003. Early and late neurodevelopmental influences in the prodrome to schizophrenia: contributions of genes, environment, and their interactions. *Schizophr Bull*. 29 (4) 653-669, doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007037
158. Tarbox-Berry SI, Perkins DO, Woods SW, Addington J. Premorbid social adjustment and association with attenuated psychotic symptoms in clinical high-risk and help-seeking youth. *Psychol Med*. 2018 Apr;48(6):983-997. doi: 10.1017/S0033291717002343. Epub 2017 Sep 6. PMID: 28874223.
159. Nieman DH, Ruhrmann S, Dragt S, Soen F, van Tricht MJ, Koelman JH, Bour LJ, Velthorst E, Becker HE, Weiser M, Linszen DH, de Haan L. Psychosis prediction: stratification of risk estimation with information-processing and premorbid functioning variables. *Schizophr Bull*. 2014. 40 (6) 1482-1490, doi: 10.1093/schbul/sbt145
160. Strauss GP, Allen DN, Miski P, Buchanan RW, Kirkpatrick B, Carpenter WT J, 2012. Differential patterns of premorbid social and academic deterioration in deficit and nondeficit schizophrenia. *Schizophr Res*. 135 (1-3) 134-138, doi: 10.1016/j.schres.2011.11.007

161. Allen DN, Frantom LV, Strauss GP, van Kammen DP. Differential patterns of premorbid academic and social deterioration in patients with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2005 75 (2-3) 389-397. 499, doi: 10.1016/j.schres.2011.11.007
162. Allen DN, Strauss GP, Barchard KA, Vertinski M, Carpenter WT, Buchanan RW. Differences in developmental changes in academic and social premorbid adjustment between males and females with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2013 146 502 (1-3) 132-137, doi: 10.1016/j.schres.2013.01.032
163. Bucci P, Galderisi S, Mucci A, Rossi A, Rocca P, Bertolino A et al. Italian Network for Research on Psychoses. Premorbid academic and social functioning in patients with schizophrenia and its associations with negative symptoms and cognition. *Acta Psychiatr Scand.* 2018. 138 (3) 253-266, doi: 10.1111/acps.12938
164. Cannon M, Jones P, Gilvarry C, Rifkin L, McKenzie K, Foerster A, Murray RM.,1997. Premorbid social functioning in schizophrenia and bipolar disorder:similarities and differences. *Am J Psychiatry.* 154 (11) 1544-1550, doi: 10.1176/ajp.154.11.1544
165. Parellada M, Gomez-Vallejo S, Burdeus M, Arango C. Developmental Differences Between Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Schizophr Bull* 2017 43 (6) 1176-1189, doi: 10.1093/schbul/sbx126.
166. Haas GL, Sweeney JA. Premorbid and onset features of first-episode schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1992, 18 (3) 373-386, doi: 10.1093/schbul/18.3.373
167. Monte RC, Goulding SM, Compton MT. Premorbid functioning of patients with first-episode nonaffective psychosis: a comparison of deterioration in academic and social performance, and clinical correlates of Premorbid Adjustment Scale scores. *Schizophr Res.* 2008 104 (1-3) 206-213, doi: 10.1016/j.schres.2008.06.009
168. Hatzimanolis A, Stefanatou P, Kattoulas E, Ralli I, Dimitrakopoulos S, Foteli S, Kosteletos I, Mantonakis L, Selakovic M, Soldatos RF, Vlachos I, Xenaki LA, Smyrnis N, Stefanis NC. Familial and socioeconomic contributions to premorbid functioning in psychosis: Impact on age at onset and treatment response. *Eur Psychiatry.* 2020 Apr 29;63(1):e44. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.41. PMID: 32345391; PMCID: PMC7355181. 537
169. Chang WC, Ho RWH, Tang JYM, Wong CSM, Hui CLM, Chan SKW, Lee EMH, Suen 538 YN, Chen EYH., 2018. Early-stage negative symptom trajectories and 539 relationships with 13-year outcomes in first-episode nonaffective psychosis. 540 *Schizophr Bull.* Aug 14. doi: 10.1093/schbul/sby115.
170. Stefanatou P, Karatosidi CS, Tsompanaki E, Kattoulas E, Stefanis NC, Smyrnis N., 2018. Premorbid adjustment predictors of cognitive dysfunction in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 267 249-255, doi: 10.1016/j.psychres.2018.06.029
171. Rabinowitz J, Napryeyenko O, Burba B, Martinez G, Neznanov NG, Fischel T, Baylé FJ, Cavallaro R, Smeraldi E, Schreiner A. Premorbid functioning and treatment response in recent-onset schizophrenia: prospective study with risperidone long-acting injectable. *J Clin Psychopharmacol* 2011 31 (1) 75-81, doi: 10.1097/JCP.0b013e31820568c6
172. Legge SE, Dennison CA, Pardiñas AF, Rees E, Lynham AJ, Hopkins L, Bates L, Kirov G, Owen MJ, O'Donovan MC, Walters JTR. Clinical indicators of treatment resistant psychosis. *Br J Psychiatry.* 2019 Jun 3:1-8. doi: 10.1192/bjp.2019.120.

173. Guy A, Lee K, Wolke D. Differences in the early stages of social information processing for adolescents involved in bullying. *Aggress Behav* 2017, 43, 578–587, doi: 10.1002/ab.21716.
174. Conus P, Ward J, Lucas N, Cotton S, Yung AR, Berk M, et al. Characterisation of the prodrome to a first episode of psychotic mania: results of a retrospective study. *J Affect Disord*. 2010; 124:341–345. doi: 10.1016/j.jad.2009.12.021 PMID: 20085850
175. Tikka M, Luutonen S, Ilonen T, Tuominen L, Kotimaäki M, Hankala J, et al. Childhood trauma and premorbid adjustment among individuals at clinical high risk for psychosis and normal control subjects. *Early Interv Psychiatry*. 2013; 7:51–57. doi: 10.1111/j.1751-7893.2012.00391.x PMID: 22925391
176. Stain HJ, Brønnevik K, Hegelstad WTV, Joa I, Johannessen JO, Langeveld J et al. Impact of interpersonal trauma on the social functioning of adults with first-episode psychosis. *Schizophr Bull*. 2014; 40 (6):1491–1498. doi: 10.1093/schbul/sbt166 PMID: 24282322
177. Alameda L, Ferrari C, Baumann PS, Gholam-Rezaee M, Do KQ, Conus P. Childhood sexual and physical abuse: Age at exposure modulates impact on functional outcome in early psychosis patients. *Psychol Med*. 2015; 45:2727–2736, doi: 10.1017/S0033291715000690
178. Kilian S, Burns JK, Seedat S, Asmal L, Chiliza B, Du Plessis S, Olivier MR, Kidd M, Emsley R. Factors Moderating the Relationship Between Childhood Trauma and Premorbid Adjustment in First-Episode Schizophrenia. *PLoS One*. 2017 Jan 20;12(1):e0170178. doi: 10.1371/journal.pone.0170178. PMID: 28107388; PMCID: PMC5249082.
179. Trotta A, Iyegbe C, Di Forti M, Sham PC, Campbell DD, Cherny SS, Mondelli V, Aitchison KJ, Murray RM, Vassos E, Fisher HL. Interplay between Schizophrenia Polygenic Risk Score and Childhood Adversity in First-Presentation Psychotic Disorder: A Pilot Study. *PLoS One*. 2016 Sep 20;11(9):e0163319. doi: 10.1371/journal.pone.0163319. PMID: 27648571; PMCID: PMC5029892.
180. Guloksuz S et al Examining the independent and joint effects of molecular genetic liability and environmental exposures in schizophrenia: results from the EUGEI study. *World Psychiatry*. 2019 Jun;18(2):173-182. doi: 10.1002/wps.20629.
181. Williams J, Bucci S, Berry K et al. Psychological mediators of the association between childhood adversities and psychosis: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2018;65:175-96, doi: 10.1016/j.cpr.2018.05.009
182. Vogel M, Meier J, Gronke S et al. Differential effects of childhood abuse and neglect: mediation by posttraumatic distress in neurotic disorder and negative symptoms in schizophrenia? *Psychiatry Res* 2011;189:121-7, doi: 10.1016/j.psychres.2011.01.008
183. Schalinski I, Breinlinger S, Hirt V et al. Environmental adversities and psychotic symptoms: the impact of timing of trauma, abuse, and neglect. *Schizophr Res* 2019;205:4-9, doi: 10.1016/j.schres.2017.10.034

184. Bloomfield MAP, Chang T, Woodl MJ, Lyons LM, Cheng Z, Bauer-Staeb C, Hobbs C et al. Psychological processes mediating the association between developmental trauma and specific psychotic symptoms in adults: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*. 2021 Feb;20(1):107-123. doi: 10.1002/wps.20841. PMID: 33432756; PMCID: PMC7801841.
185. Kennedy F, Kennerley H, Pearson D (eds). *Cognitive behavioural approaches to the understanding and treatment of dissociation*. London: Routledge, 2013.
186. Schauer M, Elbert T. Dissociation following traumatic stress etiology and treatment. *Zeitschrift für Psychologie* 2010;218:109-27, doi: [10.1027/0044-3409/a000018](https://doi.org/10.1027/0044-3409/a000018)
187. Greene T. Do acute dissociation reactions predict subsequent posttraumatic stress and growth? A prospective experience sampling method study. *J Disord* 2018;57:1-6, doi: 10.1016/j.janxdis.2018.05.008
188. McCarthy-Jones S. Voices from the storm: a critical review of quantitative studies of auditory verbal hallucinations and childhood sexual abuse. *Clin Psychol Rev* 2011;31:983-92, doi: 10.1016/j.cpr.2011.05.004
189. Brewin CR, Burgess N. Contextualisation in the revised dual representation theory of PTSD: a response to Pearson and colleagues. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2014;45:217-9, doi: 10.1016/j.jbtep.2013.07.011
190. Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:493-9, doi: 10.1037//0022-006x.66.3.493
191. Garety PA, Bebbington P, Fowler D et al. Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis: a theoretical paper. *Psychol Med* 2007;37:1377-91, doi: 10.1017/S003329170700013X
192. Kilcommons AM, Morrison AP. Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:351-9, doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00623.x
193. Horan WP, Ventura J, Nuechterlein KH et al. Stressful life events in recent-onset schizophrenia: reduced frequencies and altered subjective appraisals. *Schizophr Res* 2005;75:363-74, doi: 10.1016/j.schres.2004.07.019
194. Birchwood M. (2003). Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 182(5), 373-375. doi:10.1192/bjp.182.5.373
195. Appiah-Kusi E, Fisher HL, Petros N, Wilson R, Mondelli V, Garety PA, McGuire P, Bhattacharyya S. Do cognitive schema mediate the association between childhood trauma and being at ultra-high risk for psychosis? *J Psychiatr Res*. 2017 May;88:89-96. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.01.003. Epub 2017 Jan 6. PMID: 28103519.
196. van Dam DS, Korver-Nieberg N, Velthorst E et al. Childhood maltreatment, adult attachment and psychotic symptomatology: a study in patients, siblings and controls. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49:1759-67, doi: 10.1007/s00127-014-0894-0

197. Chatziioannidis S., Andreou Ch., Agorastos A., Kaprinis S., Malliaris Y., Garyfallos G., Bozikas V.P. The role of attachment anxiety in the relationship between childhood trauma and schizophrenia-spectrum psychosis *Psychiatry Res.* 2019 Jun;276:223-231. doi: 10.1016/j.psychres.2019.05.021.
198. Sideli, L., Murray, R., Schimmenti, A., Corso, M., La Barbera, D., Trotta, A., & Fisher, H. (2020). Childhood adversity and psychosis: A systematic review of bio-psycho-social mediators and moderators. *Psychological Medicine*, 50(11), 1761-1782. doi:10.1017/S0033291720002172
199. Van Winkel R, Stefanis NC, Myin-Germeys I. Psychosocial Stress and Psychosis. A Review of Neurobiological Mechanisms and the Evidence of Gene-Stress Interaction. *Schiz.Bulletin* vol.34 pp1095-1105, 2008 doi: [10.1093/schbul/sbn101](https://doi.org/10.1093/schbul/sbn101)
200. Heinz A, Schlagenhauf F. Dopaminergic dysfunction in schizophrenia: salience attribution revisited. *Schizophr Bull.* 2010; 36(3):472–85. doi: 10.1093/schbul/sbq031
201. Murray GK. The emerging biology of delusions. *Psychol Med.* 2011; 41(1):7–13. doi: 10.1017/S0033291710000413
202. Kosteletos I, Kollias K, Stefanis N. Childhood adverse traumatic experiences and schizophrenia. *Psychiatriki* 2020, 31:23–35, doi: 10.22365/jpsych.2020.311.23
203. Xenaki LA, Kollias CT, Stefanatou P, Ralli I, Soldatos RF, Dimitrakopoulos S et al. **Organization framework and preliminary findings from the Athens First-Episode Psychosis Research Study.** *Early Interv Psychiatry* 2020, 14:343–355, doi: [10.1111/eip.12865](https://doi.org/10.1111/eip.12865)
204. Xenaki LA, Stefanatou P, Ralli E, Dimitrakopoulos S, Soldatos RF, Vlachos I et al. The relationship between early symptom severity, improvement and remission in first episode psychosis with jumping to conclusions. *Schizophr Res* 2022, [240](https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.11.039):24–30, doi: [10.1016/j.schres.2021.11.039](https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.11.039)
205. Van Os J, Linscott R. **Introduction: the extended psychosis phenotype—relationship with schizophrenia and with ultrahigh risk status for psychosis.** *Schizophr. Bull.* 2012, 38 (2) pp. 227-230, doi: [10.1093/schbul/sbr188](https://doi.org/10.1093/schbul/sbr188) 2012
206. Castle DJ, Jablensky A, McGrath J.J. , Carr V, Morgan V, Waterreus A et al. **The diagnostic interview for psychoses (DIP): development, reliability and applications.** *Psychol. Med.*, 36 (1) (2006),pp. 69-80, doi: [10.1017/S0033291705005969](https://doi.org/10.1017/S0033291705005969)
207. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines.* Geneva: World Health Organization, 1992. Available from www.apps.who.int/iris/handle/10665/37958
208. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013

209. Erzin G, Pries LK, Dimitrakopoulos S, Ralli I, Xenaki LA, Soldatos RF, Vlachos I, Selakovic M, Foteli S, Kosteletos I, Nianiakas N, Mantonakis L, Rizos E, Kollias K, Van Os J, Guloksuz S, Stefanis N. (2021) Association between exposome score for schizophrenia and functioning in first-episode psychosis: results from the Athens first-episode psychosis research study. *Psychol Med.* 2021 Nov 18:1-10. doi: 10.1017/S0033291721004542. Epub ahead of print. PMID: 34789350.
210. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry* 1994, 151, 1132–1136, doi: 10.1176/ajp.151.8.1132
211. Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997, 36, 340–348, doi: 10.1097/00004583-199703000-00012
212. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Edward Walker E, David Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J., Handelsman L, Medrano Desmond D, Zule W. (2003) Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect* 27 (2003) 169–190, doi: 10.1016/s0145-2134(02)00541-0
213. Kollias K, Kosteletos J, Stefanatou P, Xenaki LA, Vlachos I, Selakovic M et al. Three scales about childhood trauma, traumatic experiences and bullying: Greek translation, test-retest reliability. *Psychiatriki* 2023 34:73–78, doi: 10.22365/jpsych.2022.103
214. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. **The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia.** *Schizophr Bull* 1987, 13:261-276, doi:[10.1093/schbul/13.2.261](https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261)
215. Lykouras E, Botsis A, Oulis P. *The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*. Athens, Greece: Tsiveriotis, 1994 (in Greek)
216. Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry* 2005, 162:441–449, doi: 10.1176/appi.ajp.162.3.441
217. Cannon-Spoor HE, Potkin SG, Wyatt RJ. Measurement of premorbid adjustment in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull* 1982;8:470-84, doi: 10.1093/schbul/8.3.470
218. Maxwell E. (1992). *The family interview for genetic studies manual (intramural research program, clinical Neurogenetics branch)* (p. 1992). Washington, DC: National Institute of Mental Health.
219. Community Research and Development Information Service (CORDIS) **Final report summary - EU-GEI (European Network of National Schizophrenia Networks Studying Gene-Environment Interactions)** <https://cordis.europa.eu/project/id/241909/reporting> (2010)
220. European Network of National Schizophrenia Networks Studying Gene - Environment Interactions (EU-GEI) <http://www.eu-gei.eu> (2010)

221. Huq SF, Garety PA, Hemsley DR. **Probabilistic judgements in deluded and non-deluded subjects** *Q. J. Exp. Psychol. A Hum. Exp. Psychol.*, 40 (4-A) (1988), pp. 801-812, doi:[10.1080/14640748808402300](https://doi.org/10.1080/14640748808402300)
222. Tripoli G, Quattrone D, Ferraro L, Gayer-Anderson C, Rodriguez V, La Cascia C et al. **Jumping to conclusions, general intelligence, and psychosis liability: findings from the multi-centre EU-GEI case-control study** *Psychol. Med.*, 51 (4) (2021), pp. 623-633, doi:[10.1017/S003329171900357X](https://doi.org/10.1017/S003329171900357X)
223. Garety PA, Freeman D, Jolley S, Dunn G, Bebbington PE, Fowler DG, et al. Reasoning, Emotions, and Delusional Conviction in Psychosis. *J Abnorm Psychol.* 2005; 114(3): 373–384, doi: [10.1037/0021-843X.114.3.373](https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.3.373)
224. van't Wout M, Aleman A, Kessels RPC, Laroi F and Kahn RS. (2004). Emotional processing in a non-clinical psychosis-prone sample. *Schizophrenia Research*, 68, 271 – 281, doi: [10.1016/j.schres.2003.09.006](https://doi.org/10.1016/j.schres.2003.09.006).
225. Catalan A, Gonzalez de Artaza M, Bustamante S, Orgaz P, Osa L, Angosto V et al. Differences in Facial Emotion Recognition between First Episode Psychosis, Borderline Personality Disorder and Healthy Controls. *PLoS ONE* 2016, 11(7): e0160056, doi: [10.1371/journal.pone.0160056](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160056)
226. Benton AL, Silvan AB, Hamsher KD, Varney NR, Spreen O (1983) Benton's Test of Facial Recognition. New York: Oxford University Press.
227. Cornblatt BA, Lenzenweger MF, Erlenmeyer-Kimling L. (1989). The continuous performance test, identical pairs version: II. Contrasting attentional profiles in schizophrenic and depressed patients. *Psychiatry Research*, 29, 65–85, doi: [10.1016/0165-1781\(89\)90188-1](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90188-1)
228. Cornblatt BA, Risch NJ, Faris G, Friedman D, Erlenmeyer-Kimling L. The continuous performance test, identical pairs version: I. new findings about sustained attention in normal families. *Psychiatry Research* 1988, 26, 223–238, doi: [10.1016/0165-1781\(88\)90076-5](https://doi.org/10.1016/0165-1781(88)90076-5)
229. Smyrnis N, Avramopoulos D, Evdokimidis I, Stefanis CN, Tsekou H, Stefanis NC. (2007). Effect of schizotypy on cognitive performance and its tuning by COMT val158 met genotype variations in a large population of Young men. *Biological Psychiatry*, 61, 845–853, doi: [10.1016/j.biopsych.2006.07.019](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.07.019)
230. Wechsler D. (2008). Wechsler adult intelligence scale (4th ed.). San Antonio, TX: Pearson.
231. Stogiannidou A. (2011). WAIS-IV GR (Wechsler Adult Intelligence Scale) (4th ed.). Athens: Motivo Publications
232. Fowler D, Freeman D, Smith B, Kuipers E, Bebbington P, Bashforth H, et al. (2006). The Brief Core Schema Scales (BCSS): psychometric properties and associations with paranoia and grandiosity in non-clinical and psychosis samples. *Psychological Medicine*, 36, 749-759, doi: [10.1017/S0033291706007355](https://doi.org/10.1017/S0033291706007355)
233. Kollias K, Stefanatou P, Xenaki LA, Vlachos I, Ermiliou V, Theleritis C, Kosteletos I, Stefanis N. Investigating environmental parameters involved in psychosis etiopathology. Translation and test-retest reliability of four scales. *Psychiatriki*. 2023, 34(1):44-51. doi: [10.22365/jpsych.2022.102](https://doi.org/10.22365/jpsych.2022.102). Epub 2022 Dec 15. PMID: 36538820.

234. Derogatis LR. (1983) SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures: Manual II. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
235. Donias S, Karastergiou A, Manos N. (1991). Standardization of the symptom checklist-90-R rating scale in a Greek population. *Psychiatriki*, 2(1), 42–48.
236. Baron RM, Kenny DA. The moderator mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986; 51: 1173–1182. PMID: 3806354
237. Larsson S, Andreassen OA, Aas M, Røssberg JI, Mork E, Steen NE, Barrett EA, Lagerberg TV, Peleikis D, Agartz I, Melle I, Lorentzen S. High prevalence of childhood trauma in patients with schizophrenia spectrum and affective disorder. *Compr Psychiatry*. 2013 Feb;54(2):123-7. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.06.009. Epub 2012 Aug 15. PMID: 22901835.
238. Devi F, Shahwan S, Teh WL, Sambasivam R, Zhang YJ, Lau YW, Ong SH, Fung D, Gupta B, Chong SA, Subramaniam M. The prevalence of childhood trauma in psychiatric outpatients. *Ann Gen Psychiatry*. 2019 Aug 14;18:15. doi: 10.1186/s12991-019-0239-1. PMID: 31428182; PMCID: PMC6694480.
239. Vila-Badia R, Del Cacho N, Butjosa A, Serra Arumí C, Esteban Santjusto M, Abella M, Cuevas-Esteban J, Morelló G, Pardo M, Muñoz-Samons D; Group PROFEP, Usall J. Prevalence and types of childhood trauma in first episode psychosis patients. Relation with clinical onset variables. *J Psychiatr Res*. 2022 Feb;146:102-108. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.12.033. Epub 2021 Dec 15. PMID: 34959161.
240. Kokkevi A, Staurou M, Kanavou E, Fotiou A. Adolescents and Violence: The adolescents in school environment. In: *Adolescents, Behavior and Health*. Athens, Greece: ΕΠΙΨΥ, 2015 (in Greek). Available from www.docplayer.gr/181878-Efivoi-kai-via-kokkevi-a-stayroy-m-fotioy-a-kanavoy-e-eisagogi-kyria-eyrimata.html
241. Tsitsika, A., Janikian, M., Wojcik, S., Makaruk, K., Tzavela, E.C., Tzavara, C., Greydanus, D., Merrick, J. & Richardson, C. (2015). Cyberbullying victimization prevalence and associations with internalizing and externalizing problems among adolescents in six European countries. *Computers in Human Behavior*, 51, 1-7.
242. Arseneault, L., Bowes, L., & Shakoor, S. (2010). Bullying victimization in youths and mental health problems: ‘Much ado about nothing’? *Psychological Medicine*, 40(5), 717-729. doi:10.1017/S0033291709991383
243. Liang H, Flisher AJ, Lombard CJ. Bullying, violence, and risk behavior in South African school students. *Child Abuse Negl*. 2007 Feb;31(2):161-71. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.08.007. Epub 2007 Feb 20. PMID: 17313977.
244. Fisher HL, Schreier A, Zammit S, Maughan B, Munafò MR, Lewis G, Wolke D. Pathways between childhood victimization and psychosis-like symptoms in the ALSPAC birth cohort. *Schizophr Bull*. 2013 Sep;39(5):1045-55. doi: 10.1093/schbul/sbs088. Epub 2012 Sep 1. PMID: 22941743; PMCID: PMC3756772.

245. Pruessner M, King S, Vracotas N, Abadi S, Iyer S, Malla AK, Shah J, Joober R. Gender differences in childhood trauma in first episode psychosis: Association with symptom severity over two years. *Schizophr Res.* 2019 Mar;205:30-37. doi: 10.1016/j.schres.2018.06.043. Epub 2018 Jun 21. PMID: 29935881.
246. Vila-Badia R, Butjosa A, Del Cacho N, Serra-Arumí C, Esteban-Sanjusto M, Ochoa S, Usall J. Types, prevalence and gender differences of childhood trauma in first-episode psychosis. What is the evidence that childhood trauma is related to symptoms and functional outcomes in first episode psychosis? A systematic review. *Schizophr Res.* 2021 Feb;228:159-179. doi: 10.1016/j.schres.2020.11.047. Epub 2021 Jan 10. PMID: 33434728.
247. Mackie CJ, Castellanos-Ryan N, Conrod PJ. Developmental trajectories of psychotic-like experiences across adolescence: impact of victimization and substance use. *Psychol Med.* 2011 Jan;41(1):47-58. doi: 10.1017/S0033291710000449. Epub 2010 Mar 29. PMID: 20346196.
248. Cao JL, Covington HE 3rd, Friedman AK, Wilkinson MB, Walsh JJ, Cooper DC, Nestler EJ, Han MH. Mesolimbic dopamine neurons in the brain reward circuit mediate susceptibility to social defeat and antidepressant action. *J Neurosci.* 2010 Dec 8;30(49):16453-8. doi: 10.1523/JNEUROSCI.3177-10.2010. PMID: 21147984; PMCID: PMC3061337.
249. Thomas Bailey, Mario Alvarez-Jimenez, Ana M Garcia-Sanchez, Carol Hulbert, Emma Barlow, Sarah Bendall, Childhood Trauma Is Associated With Severity of Hallucinations and Delusions in Psychotic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Schizophrenia Bulletin*, Volume 44, Issue 5, September 2018, Pages 1111–1122, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx161>
250. Marita Pruessner, Suzanne King, Franz Veru, Inga Schalinski, Nadia Vracotas, Sherezad Abadi, Gerald Jordan, Martin Lepage, Srividya Iyer, Ashok K. Malla, Jai Shah, Ridha Joober. Impact of childhood trauma on positive and negative symptom remission in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, Vol. 231, 2021, p. 82-89, ISSN 0920-9964, <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.02.023>.
251. Liotti G, Gumley A. An attachment perspective on schizophrenia: the role of disorganized attachment, dissociation and mentalization. *Psychosis, trauma and dissociation: emerging perspectives on severe psychopathology*. In: Moskowitz A, Dorahy M, Schaefer I, eds. *Psychosis, Trauma and Dissociation*. New York, NY: Wiley; 2008:117–133.
252. Gallagher BJ III, Jones BJ. Childhood stressors and symptoms of schizophrenia. *Clin Schizophr Relat Psychoses.* 2013;7:124–130.
253. Kennedy F, Kennerley H, Pearson D (eds). *Cognitive behavioural approaches to the understanding and treatment of dissociation*. London: Routledge, 2013.
254. Schauer M, Elbert T. Dissociation following traumatic stress etiology and treatment. *Zeitschrift für Psychologie* 2010;218:109-27.
255. Greene T. Do acute dissociation reactions predict subsequent posttraumatic stress and growth? A prospective experience sampling method study. *J Anxiety Disord* 2018;57:1-6.

256. Ricarte JJ, Ros L, Latorre JM, Watkins E. Mapping autobiographical memory inschizophrenia: Clinical implications. *Clin Psychol Rev* 2017, 51:96-108, doi:10.1016/j.cpr.2016.11.004
257. Trauelsen AM, Bendall S, Jansen JE, Nielsen HG, Pedersen MB, Trier CH, Haahr UH, Simonsen E. Childhood adversities: Social support, premorbid functioning and social outcome in first-episode psychosis and a matched case-control group. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016 Aug;50(8):770-82. doi: 10.1177/0004867415625814. Epub 2016 Jan 15. PMID: 26773690.
258. Haahr UH, Larsen TK, Simonsen E, Rund BR, Joa I, Rossberg JI, Johannessen JO, Langeveld J, Evensen J, Trauelsen AMH, Vaglum P, Opjordsmoen S, Hegelstad WTV, Friis S, McGlashan T, Melle I. Relation between premorbid adjustment, duration of untreated psychosis and close interpersonal trauma in first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2018 Jun;12(3):316-323. doi: 10.1111/eip.12315. Epub 2016 Jan 23. PMID: 26800653.
259. Wenche ten Velden Hegelstad, Akiah Ottesen Berg, Jone Bjornestad, Kristina Gismervik, Jan Olav Johannessen, Ingrid Melle, Helen J. Stain, Inge Joa. Childhood interpersonal trauma and premorbid social adjustment as predictors of symptom remission in first episode psychosis. *Schiz. Res.*, Vol. 232, 2021, p. 87-94, <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.05.015>.
260. Wittorf, A., Giel, K.E., Hautzinger, M., Rapp, A., Schonenberg, M., Wolkenstein, L., Zipfel, S., Mehl, S., Fallgatter, A.J., Klingberg, S., 2012. Specificity of jumping to conclusions and attributional biases: a comparison between patients with schizophrenia, depression, and anorexia nervosa. *Cogn. Neuropsychiatry* 17, 262–286. <https://doi.org/10.1080/13546805.2011.633749>.
261. Dudley, R., Shaftoe, D., Cavanagh, K., Spencer, H., Ormrod, J., Turkington, D., Freeston, M., 2011. 'Jumping to conclusions' in first-episode Psychosis. *Early Interv. Psychiatry* 5 (1), 50–56. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2010.00258.x>.
262. Moritz, S., Scheunemann, J., Lüdtke, T., Westermann, S., Pfuhl, G., Balzan, R.P., Andreou, C., 2020. Prolonged rather than hasty decision-making in schizophrenia using the box task. Must we rethink the jumping to conclusions account of paranoia? *Schizophr. Res.* 222, 202–208. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.056>.
263. Catalan A, Díaz A, Angosto V, Zamalloa I, Martínez N, Guede D, Aguirregomoscorta F, Bustamante S, Larrañaga L, Osa L, Maruottolo C, Fernández-Rivas A, Bilbao A, Gonzalez-Torres MA. Can childhood trauma influence facial emotion recognition independently from a diagnosis of severe mental disorder? *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2020 Jul-Sep;13(3):140-149. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rpsm.2018.10.003. Epub 2018 Dec 14. PMID: 30558956.
264. Tognin S, Catalan A, Modinos G, Kempton MJ, Bilbao A, Nelson B, Pantelis C, Riecher-Rössler A, Bressan R, Barrantes-Vidal N, Krebs MO, Nordentoft M, Ruhrmann S, Sachs G, Rutten BPF, van Os J, de Haan L, van der Gaag M; EU-GEI High Risk Study, McGuire P, Valmaggia LR. Emotion Recognition and Adverse Childhood Experiences in Individuals at Clinical High Risk of Psychosis. *Schizophr Bull*. 2020 Jul 8;46(4):823-833. doi: 10.1093/schbul/sbz128. PMID: 32080743; PMCID: PMC7345818.

265. Barrett. D. H., Green, M. L., Moms, R., Giles. W. H., & Croft. J. B. (1996). Cognitive functioning and (4th ed.). Washington, DC Author. posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153. 1492-1494.
266. Ritchie K, Jausent I, Stewart R, Dupuy AM, Courtet P, Malafosse A, Ancelin ML. Adverse childhood environment and late-life cognitive functioning. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011 May;26(5):503-10. doi: 10.1002/gps.2553. Epub 2010 Oct 28. PMID: 21445999.
267. Stein, M.B., Hanna, C., Vaerum, V. *et al.* Memory Functioning in Adult Women Traumatized by Childhood Sexual Abuse. *J Trauma Stress* **12**, 527–534 (1999). <https://doi.org/10.1023/A:1024775222098>
268. Teicher M.H., Andersen S.L., Polcari A., Anderson C. M., Navalta C. P., Kim D.M. The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, Vol, 27, Issues 1–2, 2003, p.33-44, ISSN 0149-7634, [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(03\)00007-1](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(03)00007-1).
269. Nolin, P., & Ethier, L. (2007). Using neuropsychological profiles to classify neglected children with or without physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 31(6), 631–643. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.12.009>
270. Morgan C, Reininghaus U, Fearon P, Hutchinson G, Morgan K, Dazzan P, Boydell J, Kirkbride JB, Doody GA, Jones PB, Murray RM, Craig T. Modelling the interplay between childhood and adult adversity in pathways to psychosis: initial evidence from the AESOP study. *Psychol Med*. 2014 Jan;44(2):407-19. doi: 10.1017/S0033291713000767. Epub 2013 Apr 16. PMID: 23590972; PMCID: PMC4081841.
271. Duhig, M.; Patterson, S.; Connell, M.; Foley, S.; Capra, C.; Dark, F.; Gordon, A.; Singh, S.; Hides, L.; McGrath, J.J.; et al. The prevalence and correlates of childhood trauma in patients with early psychosis. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 2015, 49, 651–659.
272. Grattan RE, Lara N, Botello RM, Tryon VL, Maguire AM, Carter CS, Niendam TA. A History of Trauma is Associated with Aggression, Depression, Non-Suicidal Self-Injury Behavior, and Suicide Ideation in First-Episode Psychosis. *J Clin Med*. 2019 Jul 23;8(7):1082. doi: 10.3390/jcm8071082. PMID: 31340527; PMCID: PMC6678563.
273. Tomassi, S., & Tosato, S. (2017). Epigenetics and gene expression profile in first-episode psychosis: The role of childhood trauma. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 83, 226–237. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.10.018.
274. Davis, J., Eyre, H., Jacka, F. N., Dodd, S., Dean, O., McEwen, S., ... Berk, M. (2016). A review of vulnerability and risks for schizophrenia: Beyond the two hit hypothesis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 65, 185–194. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.03.017.
275. Misiak, B., Krefft, M., Bielawski, T., Moustafa, A. A., Sasiadek, M. M., & Frydecka, D. (2017). Toward a unified theory of childhood trauma and psychosis: A comprehensive review of epidemiological, clinical, neuropsychological and biological findings. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 75, 393–406. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.02.015.

276. Ruby, E., Polito, S., McMahon, K., Gorovitz, M., Corcoran, C., & Malaspina, D. (2014). Pathways associating childhood trauma to the neurobiology of schizophrenia. *Frontiers in Psychological and Behavioral Science*, 3(1), 1–17.
277. Mondelli, V.; Ciufolini, S.; Belvederi Murri, M.; Bonaccorso, S.; Di Forti, M.; Giordano, A.; Marques, T.R.; Zunszain, P.A.; Morgan, C.; Murray, R.M.; et al. Cortisol and inflammatory biomarkers predict poor treatment response in first episode psychosis. *Schizophr. Bull.* 2015, 41, 1162–1170.
278. Lysaker, P.; Outcalt, S.; Ringer, J. Clinical and psychosocial significance of trauma history in schizophrenia spectrum disorders. *Expert Rev. Neurother.* 2010, 10, 1143–1151.
279. Lecomte, T.; Spidel, A.; Leclerc, C.; MacEwan, G.W.; Greaves, C.; Bentall, R.P. Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophr. Res.* 2008, 102, 295–302.
280. Alison R. Yung, Joe A. Buckby, Elizabeth M. Cosgrave, Eoin J. Killackey, Kathryn Baker, Sue M. Cotton, Patrick D. McGorry. Association between psychotic experiences and depression in a clinical sample over 6 months. *Schiz. Res.*, Vol. 91, 1–3, 2007, p. 246-253, <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.11.026>.
281. Krabbendam L, van Os J. Affective processes in the onset and persistence of psychosis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2005 Jun;255(3):185-9. doi: 10.1007/s00406-005-0586-6. PMID: 15995902.
282. Owens DG, Miller P, Lawrie SM, Johnstone EC. Pathogenesis of schizophrenia: a psychopathological perspective. *Br J Psychiatry.* 2005 May;186:386-93. doi: 10.1192/bjp.186.5.386. PMID: 15863742.
283. Paolo Fusar-Poli, Barnaby Nelson, Lucia Valmaggia, Alison R. Yung, Philip K. McGuire, Comorbid Depressive and Anxiety Disorders in 509 Individuals With an At-Risk Mental State: Impact on Psychopathology and Transition to Psychosis, *Schizophrenia Bulletin*, Volume 40, Issue 1, January 2014, Pages 120–131, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs136>
284. Häfner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M, an der Heiden W. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 1999 Aug;100(2):105-18. doi: 10.1111/j.1600-0447.1999.tb10831.x. PMID: 10480196.
285. Κωστελέτος Ι.Κ., Κόλλιας Κ.Θ., Δημητρακόπουλος Σ., Ξενάκη Λ., Χαβάκη Μ., Κονταξάκης Β., Παπαδημητρίου Γ. Συννοσηρότητα περιστατικών του ιατρείου πρώιμης παρέμβασης με πρώιμη ψύχωση. Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής 2014 Ιωάννινα
286. Stanton KJ, Denietolis B, Goodwin BJ, Dvir Y. Childhood Trauma and Psychosis: An Updated Review. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2020 Jan;29(1):115-129. doi: 10.1016/j.chc.2019.08.004. Epub 2019 Sep 23. PMID: 31708041.