ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«**ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ**»

«Πρώιμος Ψυχοτραυματισμός και Διάσχιση στην Ψύχωση»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τσιακίρη Μαρία, ΑΕΜ: 2909

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Αικατερίνη Αρβανίτη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής Τμήμα Ιατρικής Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Αλεξανδρούπολη, 2026

ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«**ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ**»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Πρώιμος Ψυχοτραυματισμός και Διάσχιση στην Ψύχωση»

Τσιακίρη Μαρία, ΑΕΜ: 2909

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία υποβλήθηκε στο Τμήμα Ιατρικής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης για την απόκτηση του τίτλου μεταπτυχιακών σπουδών ειδίκευσης στις Επιστήμες της Υγείας

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Αικατερίνη Αρβανίτη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής Τμήμα Ιατρικής Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

2ο Μέλος: Μαρία Σαμακουρή, Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Τμήμα Ιατρικής Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

3ο Μέλος: Ασπασία Σερντάρη, Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, Τμήμα Ιατρικής Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Αλεξανδρούπολη, 2026

DEMOCRITUS UNIVERSITY OF THRACE
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
DEPARTMENT OF MEDICINE

POSTGRADUATE COURSE
"**SOCIAL PSYCHIATRY**"

MASTER DISSERTATION

"Early Psychological Trauma and Dissociation in Psychosis"

Tsiakiri Maria, RN: 2909

A thesis submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree of Master in Health Sciences, Department of Medicine, Democritus University of Thrace

COMMITTEE OF EXAMINERS

Supervisor: Aikaterini Arvaniti, Associate Professor of Psychiatry, Department of Medicine DUTH
Member 2: Maria Samakouri, Professor of Psychiatry, Department of Medicine DUTH
Member 3: Aspasia Serdari, Professor of Child and Adolescent Psychiatry, Department of Medicine DUTH

Alexandroupoli, 2026

ΣΕΛΙΔΑ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ (copyright)

Δηλώνω υπεύθυνα ότι η διπλωματική εργασία έχει συνταχθεί από εμένα και κανένα μέρος της δεν είναι αντιγραμμένο από έντυπες ή ηλεκτρονικές πηγές, μετάφραση από ξενόγλωσσες πηγές και αναπαραγωγή από εργασίες άλλων ερευνητών ή φοιτητών. Όπου έχω βασιστεί σε ιδέες ή κείμενα άλλων, έχω προσπαθήσει με όλες μου τις δυνάμεις να το προσδιορίσω σαφώς μέσα από την καλή χρήση αναφορών ακολουθώντας την ακαδημαϊκή δεοντολογία.

Ονοματεπώνυμο: .....

Υπογραφή : .....

Ημερομηνία : .....

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής αυτής εργασίας θα ήταν αδύνατη χωρίς την πολύτιμη υποστήριξη της καθηγήτριάς μου, κ. Αικατερίνης Αρβανίτη, Αν. Καθηγήτριας του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, με την επιστημονική και συμβουλευτική καθοδήγηση που μου προσέφερε σε όλα τα στάδια εκπόνησης της εργασίας.

Ευχαριστώ θερμά τα υπόλοιπα μέλη της εξεταστικής επιτροπής, κ. Σαμακουρή Μαρία, Καθηγήτρια Ψυχιατρικής του Δ.Π.Θ., και κ. Σερντάρη Ασπασία, Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής του Δ.Π.Θ., για τον χρόνο που διέθεσαν για την ανάγνωση και αξιολόγηση της εργασίας μου.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω στον κ. Τζίκο Άνθιμο, Ψυχίατρο, Διευθυντή ΕΣΥ Ψυχιατρικής Κλινικής Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, για την έμπνευση που παρείχε με το έργο του, τον πολύτιμο χρόνο που αφιέρωσε κατά τη συγγραφή της εργασίας, αλλά και την εν γένει ενθάρρυνση και υποστήριξη.

Τέλος, οφείλω να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, για τη συμπαράσταση και την υπομονή τους.

Πίνακας περιεχομένων

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ 13
ΠΕΡΙΛΗΨΗ 17
ABSTRACT 19
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ 21
1.1. Ιστορικό Πλαίσιο 21
1.2. Περιγραφή του Προβλήματος 22
1.3. Στόχοι Έρευνας - Δομή Εργασίας 23
1.4. Μέθοδος 24
1.5. Ερευνητικά Ερωτήματα 25
2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΣΕ ΨΥΧΩΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ 26
2.1. Ποσοστά Επικράτησης Παιδικού Τραύματος στην Ψύχωση 26
2.2. Το Τραύμα ως Παράγων Κινδύνου Ανάπτυξης Ψύχωσης 29
2.3. Κλινικά Αποτελέσματα - Επιπλοκές 33
3. ΔΙΑΣΧΙΣΗ ΣΤΙΣ ΨΥΧΩΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ: ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ 38
3.1. Εννοιολογικό Πλαίσιο της Διάσχισης 38
3.2. Διασχιστικοί Υπότυποι και Ψυχωσικές Εκδηλώσεις 40
3.3. Επιδημιολογία της Διάσχισης στην Ψύχωση 42
4. ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΟΥ ΕΞΗΓΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ–ΔΙΑΣΧΙΣΗ–ΨΥΧΩΣΗΣ 44
4.1. Το Τραυματικό Νευροαναπτυξιακό Μοντέλο της Ψύχωσης 44
4.2. Ψυχολογικά Μοντέλα 46
4.3. Ολοκληρωμένα Βιοψυχοκοινωνικά Μοντέλα 48
5. ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΑΣΧΙΣΤΙΚΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΑ ΩΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΙΚΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ 50
5.1. Μετα-αναλυτικά Στοιχεία και Μέγεθος Επίδρασης 50
5.2. Ειδικά Μονοπάτια για Κάθε Σύμπτωμα 51
6. ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ-ΔΙΑΣΧΙΣΗΣ-ΨΥΧΩΣΗΣ 54
6.1. Εργαλεία Διαλογής και Αξιολόγησης 54
6.2. Κλινικές Διαγνωστικές Εκτιμήσεις 55
6.3. Εφαρμογή στις Υπηρεσίες Έγκαιρης Παρέμβασης 57
7. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ 60
7.1. Φροντίδα με Γνώμονα το Τραύμα για Άτομα με Ψυχώσεις 60
7.2. Επιστημονικά Τεκμηριωμένες Παρεμβάσεις με Επίκεντρο το Τραύμα 61
7.3. Ολοκληρωμένη Θεραπεία Τραύματος και Ψύχωσης 63
8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ 66
8.1. Περίληψη των Βασικών Ευρημάτων 66

8.2. Επιπτώσεις στην Κλινική Πρακτική και στην Έρευνα 68
8.3. Περιορισμοί και Μελλοντικές Κατευθύνσεις Έρευνας 69
9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... 71

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

Abbreviation	**Full Form (Greek/English)**
ACTH	Adrenocorticotropic Hormone (Αδρενοκορτικοτρόπος Ορμόνη)
ALSPAC	Avon Longitudinal Study of Parents and Children (Διαχρονική μελέτη γονέων και παιδιών Avon)
BDNF	Brain-Derived Neurotrophic Factor (Εγκεφαλικός Νευροτροφικός Παράγοντας)
CBT	Cognitive Behavioral Therapy (Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία)
CNR1	Cannabinoid Receptor 1 (Υποδοχέας Κανναβινοειδών 1)
COMT	Catechol-O-Methyltransferase
CPT	Cognitive Processing Therapy (Θεραπεία Γνωστικής Επεξεργασίας)
CRH	Corticotropin-Releasing Hormone (Εκλυτική Ορμόνη της Κορτικοτροπίνης)
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire (Ερωτηματολόγιο Παιδικού Τραύματος)
CTQ-SF	Childhood Trauma Questionnaire-Short Form
DES-II	Dissociative Experiences Scale-II (Κλίμακα Διασχιστικών Εμπειριών ΙΙ)
DRD2	Dopamine Receptor D2 (Υποδοχέας Ντοπαμίνης 2)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών)
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition
DSM-5-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision

DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition
ECS	Endocannabinoid System (Ενδοκανναβινοειδές Σύστημα)
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Απευαισθητοποίηση και Επανεπεξεργασία με Κίνηση των Οφθαλμών)
EMDRp	EMDR for Psychosis
HPA	Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (Axis) (Άξονας Υποθάλαμος-Υπόφυση-Επινεφρίδια)
ICD-10	International Classification of Diseases, 10th Revision
IQ	Intelligence Quotient (Δείκτης Νοημοσύνης)
NEMESIS-2	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (Έρευνα Ψυχικής Υγείας και Μελέτη Επίπτωσης στην Ολλανδία)
NHS	National Health Service (Εθνικό Σύστημα Υγείας)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Εθνικό Ινστιτούτο Αριστείας Υγείας και Φροντίδας του Ηνωμένου Βασιλείου)
OR	Odds Ratio (Λόγος Πιθανοτήτων)
PE	Prolonged Exposure (Therapy) (Θεραπεία Παρατεταμένης Έκθεσης)
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder (Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες)
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
TALE	Trauma and Life Events (checklist) (λίστα ελέγχου τραυμάτων και γεγονότων της ζωής)
TF-CBT	Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy(Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία εστιασμένη στο Τραύμα)

TI-CBTp	Trauma-Integrated Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis (Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία για την ψύχωση εστιασμένη στο Τραύμα)
TN	Traumatic Neurobiological (Model) [Τραυματικό Νευροαναπτυξιακό (Μοντέλο)]

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το παιδικό τραύμα αναγνωρίζεται ως ένας από τους σημαντικότερους περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ψυχωσικών διαταραχών. Ερευνητικά δεδομένα των τελευταίων δεκαετιών υποδεικνύουν ότι τα άτομα με ψύχωση εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά έκθεσης σε αντίξοες εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, όπως σωματική, συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση, παραμέληση και ενδοοικογενειακή βία. Η διάσχιση ή αποσύνδεση (dissociation), η οποία χαρακτηρίζεται από διαταραχή της φυσιολογικής ενσωμάτωσης της συνείδησης, της μνήμης, της ταυτότητας και της αντίληψης του εαυτού και του περιβάλλοντος, έχει προταθεί ως η θεμελιώδης ψυχολογική λειτουργία που μεσολαβεί μεταξύ της τραυματικής εμπειρίας και της εκδήλωσης ψυχωσικών συμπτωμάτων. Παρά το αυξανόμενο ερευνητικό ενδιαφέρον, ο ακριβής ρόλος της διάσχισης στις διαδρομές τραύματος–ψύχωσης παραμένει ανεπαρκώς διευκρινισμένος σε κλινικό επίπεδο.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ πρώιμου ψυχολογικού τραύματος και διασχιστικών φαινομένων σε ασθενείς με διαταραχή του φάσματος της σχιζοφρένειας (ψυχωσική διαταραχή), καθώς και στην αποσαφήνιση του μεσολαβητικού ρόλου της διάσχισης στην αιτιοπαθογενετική σύνδεση τραύματος και ψύχωσης.

Υλικά και μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνητικών και ανασκοπικών άρθρων που δημοσιεύθηκαν κατά το χρονικό διάστημα 2010–2025 στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και ScienceDirect. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση των όρων «trauma and psychosis», «dissociation and psychotic disorders», «dissociative symptoms in schizophrenia», καθώς και συναφών συνδυασμών λέξεων-κλειδιών. Συμπεριλήφθηκαν μελέτες που εξέταζαν τη συσχέτιση τραυματικών εμπειριών παιδικής ηλικίας, διασχιστικών συμπτωμάτων και ψυχωσικής συμπτωματολογίας. Χρησιμοποιήθηκαν συνολικά 82 άρθρα.

Αποτελέσματα: Τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι η έκθεση σε τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία συνδέεται ισχυρά με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης τόσο διασχιστικών όσο και ψυχωσικών συμπτωμάτων. Σε σημαντικό ποσοστό περιπτώσεων,

η διάσχιση φαίνεται να λειτουργεί ως μεσολαβητικός παράγοντας μεταξύ τραύματος και ψευδαισθήσεων, με ιδιαίτερη συμβολή των φαινομένων αποπροσωποποίησης και αποπραγματοποίησης. Επιπλέον, διαπιστώνεται ότι οι ψυχολογικές συνέπειες των πρώιμων στρεσογόνων εμπειριών δεν ακολουθούν πάντοτε γραμμικές ή προβλέψιμες διαδρομές, γεγονός που αναδεικνύει την πολυπλοκότητα των υποκείμενων μηχανισμών. Παράλληλα, οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που εστιάζουν στο τραύμα παρουσιάζουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα στη μείωση της ψυχοπαθολογίας, αν και εξακολουθούν να υφίστανται οργανωτικά, εκπαιδευτικά και κλινικά εμπόδια στην καθιέρωση συστηματικής αξιολόγησης του τραύματος και της διάσχισης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Συμπεράσματα: Τα διαθέσιμα δεδομένα υποστηρίζουν ότι η διάσχιση αποτελεί σημαντικό σύνδεσμο μεταξύ παιδικού τραύματος και ψύχωσης και θα πρέπει να αξιολογείται συστηματικά κατά την κλινική διερεύνηση ατόμων με ψυχωσικές διαταραχές. Οι υπηρεσίες έγκαιρης παρέμβασης στην ψύχωση καλούνται να ενσωματώσουν τυποποιημένες διαδικασίες ανίχνευσης τραυματικών εμπειριών και διασχιστικών συμπτωμάτων, καθώς και να εκπαιδεύσουν το προσωπικό σε πρακτικές φροντίδας που λαμβάνουν υπόψη το τραύμα. Η εφαρμογή μιας τέτοιας προσέγγισης δύναται να βελτιώσει την κατανόηση των αναγκών των ασθενών και να ενισχύσει την ανάπτυξη ολοκληρωμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων που συνδυάζουν τη θεραπεία του τραύματος με τη διαχείριση της ψύχωσης.

Λέξεις-κλειδιά: ψύχωση, παιδικό τραύμα, δυσμενείς εμπειρίες παιδικής ηλικίας, διάσχιση, αποπροσωποποίηση, αποπραγματοποίηση, ψυχωσικές διαταραχές, έγκαιρη παρέμβαση

ABSTRACT

Introduction: Childhood trauma is recognized as one of the most significant environmental risk factors for the development of psychotic disorders. Accumulating evidence indicates that individuals with psychosis report substantially higher rates of adverse childhood experiences, including physical, emotional, and sexual abuse, neglect, and exposure to domestic violence. Dissociation, characterized by a disruption in the normal integration of consciousness, memory, identity, and perception of the self and environment, has been proposed as a key psychological mechanism linking traumatic experiences to the emergence of psychotic symptoms. Despite growing research interest, the precise clinical role of dissociation in trauma–psychosis pathways remains insufficiently understood.

Aim: This review aims to comprehensively investigate the relationship between early psychological trauma and dissociative phenomena in individuals with psychotic disorders, and to clarify the mediating role of dissociation in the etiopathogenic pathway linking childhood trauma to psychosis.

Materials and Methods: A literature review was conducted using research and review articles published between 2010 and 2025 in the PubMed and ScienceDirect databases. The search strategy included the terms “trauma and psychosis,” “dissociation and psychotic disorders,” “dissociative symptoms in schizophrenia,” and related keyword combinations. Studies examining the association between adverse childhood experiences, dissociative symptoms, and psychotic symptomatology were included. A total of 82 articles used.

Results: The findings indicate a strong association between childhood traumatic experiences and an increased likelihood of both dissociative and psychotic symptoms. In a substantial proportion of cases, dissociation appears to mediate the relationship between trauma and hallucinations, particularly through experiences of depersonalization and derealization. Furthermore, the psychological consequences of early-life stressors do not always follow linear or predictable trajectories, highlighting the complexity of the underlying mechanisms. Trauma-focused interventions have demonstrated promising outcomes in reducing psychopathology; however,

organizational, educational, and clinical barriers continue to hinder the routine assessment of trauma and dissociation within mental health services.

Conclusions: Current evidence suggests that dissociation represents an important link between childhood trauma and psychosis and should be systematically assessed during the clinical evaluation of individuals with psychotic disorders. Early intervention services for psychosis should incorporate standardized procedures for identifying traumatic experiences and dissociative symptoms, while ensuring that healthcare professionals receive adequate training in trauma-informed care. The implementation of such approaches may improve the understanding of patients' needs and support the development of integrated treatment strategies that address both trauma-related difficulties and psychotic symptoms.

Keywords: psychosis; childhood trauma; adverse childhood experiences; dissociation; depersonalization; derealization; psychotic disorders; early intervention

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Ιστορικό Πλαίσιο

Η ιστορική κατανόηση της διάσχισης στις ψυχιατρικές διαταραχές έχει εξελιχθεί σημαντικά από τότε που ο Pierre Janet μελέτησε για πρώτη φορά αυτό το φαινόμενο ως υστερικό σύμπτωμα, στα τέλη του 19ου αιώνα. Στα τέλη του 20ού αιώνα, η διάσχιση έγινε γνωστή ως μια θεμελιώδης αμυντική αντίδραση σε συντριπτικό ψυχολογικό τραύμα (Van der Kolk & Van der Hart, 1989).

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (2013), η διάσχιση αφορά στη «διαταραχή ή ασυνέχεια των φυσιολογικών ολοκληρωμένων λειτουργιών της συνείδησης, της μνήμης, της ταυτότητας ή της αντίληψης». Το φαινόμενο αυτό έχει αποκτήσει νέο επιστημονικό ενδιαφέρον χάρη στη συσσώρευση νευροεπιστημονικών δεδομένων, που υποστηρίζουν το μοντέλο του Janet το οποίο εστιάζει στο τραύμα. Ο κλινικός ορισμός της έννοιας «ψυχικό τραύμα» σύμφωνα με το Διαγνωστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5), το τραύμα ορίζεται ως μια κατάσταση κατά την οποία το άτομο βίωσε, έγινε μάρτυρας ή πληροφορήθηκε ένα γεγονός ή γεγονότα που αποτέλεσαν κίνδυνο θανάτου ή σοβαρό τραυματισμό ή απειλή για τη σωματική ακεραιότητα ή σεξουαλική βία προς τον ίδιο ή άλλους.

Αντίστοιχα, σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα ICD-10 (International Classification of Diseases, Tenth Revision), η διάσχιση / αποσύνδεση κατατάσσεται ως «Αποσυνδετικές (μετατρεπτικές) διαταραχές» και περιλαμβάνει τα: αποσυνδετική αμνησία, αποσυνδετική φυγή, αποσυνδετικό stupor, ύπνωση και διαταραχές κατοχής, αποσυνδετικές κινητικές διαταραχές, αποσυνδετικούς σπασμούς, αποσυνδετική αναισθησία και απώλεια των αισθήσεων, μικτές και μη προσδιοριζόμενες αλλιώς αποσυνδετικές διαταραχές. Τα κύρια χαρακτηριστικά αυτών των διαταραχών είναι η μερική ή ολική απώλεια της φυσιολογικής σύνδεσης μεταξύ των αναμνήσεων του παρελθόντος, της συνείδησης της ταυτότητας και των άμεσων αισθήσεων και των κινήσεων του σώματος. Οι διαταραχές αυτές που είχαν προηγούμενα ταξινομηθεί ως “μετατρεπτική υστερία”, σήμερα θεωρούνται ψυχογενούς προέλευσης και σχετίζονται χρονικά με την ύπαρξη κάποιου τραυματικού γεγονότος, δυσεπίλυτων ή δυσβάσταχτων προβλημάτων ή διαταραγμένων σχέσεων.

Ο πιο ισχυρός περιβαλλοντικός παράγων κινδύνου για ψυχικές διαταραχές είναι το πρώιμο ψυχολογικό τραύμα. Ο όρος «παιδικό τραύμα» αναφέρεται στο ψυχικό τραύμα που λαμβάνει χώρα πριν το 18ο έτος της ηλικίας του ατόμου, δηλαδή πριν την ολοκλήρωση της σωματικής και ψυχολογικής ανάπτυξής του. Οι δυσκολίες της παιδικής ηλικίας, που περιλαμβάνουν συναισθηματική, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, καθώς και συναισθηματική και σωματική παραμέληση, συνδέονται σταθερά και ουσιαστικά με διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές (Bendall et al., 2008). Παρόλο που η ακριβής καταγραφή του αριθμού των παιδιών που δέχονται κακομεταχείριση και η παρακολούθηση αυτών είναι δυσχερής έως αδύνατη, το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης αναγνωρίζεται διεθνώς ως σοβαρό ζήτημα δημόσιας υγείας και ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Σημαντικά ευρήματα από τη βιβλιογραφία υποδηλώνουν την ύπαρξη ισχυρών συνδέσεων μεταξύ του παιδικού τραύματος και της ψύχωσης, ενώ το παιδικό τραύμα θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ψύχωση (Dvir et al., 2022). Σύμφωνα με μετα-αναλυτικά δεδομένα, τα άτομα με ψύχωση είναι σχεδόν τρεις φορές πιο πιθανό να έχουν βιώσει τραύμα στην παιδική ηλικία σε σύγκριση με άτομα χωρίς διαγνωσμένη ψυχική διαταραχή. Επιπλέον, η εκτίμηση του κινδύνου που αποδίδεται στον πληθυσμό είναι 33%, πράγμα που σημαίνει ότι εάν υπήρχε η δυνατότητα πλήρους εξάλειψης των δυσκολιών της παιδικής ηλικίας, θεωρητικά θα προλαμβανόταν το ένα τρίτο των περιπτώσεων ψύχωσης (Varese et al., 2012).

1.2. Περιγραφή του Προβλήματος

Τις τελευταίες δεκαετίες, εκτενής βιβλιογραφία έχει αποδείξει ότι το τραύμα της παιδικής ηλικίας συνιστά αιτιολογικό παράγοντα ψυχιατρικών διαταραχών και ότι η διασχιστική συμπτωματολογία είναι ένας πιθανός μεσολαβητικός μηχανισμός που συνδέει τις αντιξοότητες με τα ψυχωτικά συμπτώματα. Ωστόσο, υπάρχει μεγάλο χάσμα μεταξύ της επιστημονικής θεωρίας και της κλινικής πράξης.

Ο συστηματικός έλεγχος για τραυματικές εμπειρίες παραμένει σπάνιος στις υπηρεσίες πρώιμης παρέμβασης για την ψύχωση, με λιγότερους από τους μισούς ασθενείς να υποβάλλονται σε επίσημη αξιολόγηση, παρά τα ποσοστά επικράτησης του τραύματος σε ασθενείς με ψύχωση που κυμαίνονται από 45% έως 84% (Flinn et al., 2025). Στην πράξη, υπάρχουν πολλαπλά αλληλένδετα εμπόδια στην εφαρμογή αξιολόγησης

τραύματος. Οι παράγοντες σε κλινικό επίπεδο περιλαμβάνουν την έλλειψη εκπαίδευσης των ιατρών σε θέματα αναγνώρισης και διαχείρισης τραύματος και την αμηχανία να θίξουν αυτό το θέμα. Τα δομικά εμπόδια περιλαμβάνουν διαγνωστικές ιεραρχίες, που αποθαρρύνουν ενεργά την αξιολόγηση των διασχιστικών συμπτωμάτων όταν υπάρχει ψύχωση, καθώς συνηθίζεται η ψύχωση να λαμβάνει προτεραιότητα διαγνωστικά και οι συνοδές διαταραχές να παραβλέπονται (Melegkovits et al., 2025).

Η κλινική σημασία της αντιμετώπισης αυτού του κενού είναι μεγάλη: τα άτομα που έχουν εκτεθεί σε τραύμα και πάσχουν από ψύχωση παρουσιάζουν πιο σοβαρά συμπτώματα, υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας (με τη σεξουαλική κακοποίηση να αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για τις απόπειρες αυτοκτονίας κατά τη διάρκεια της ζωής), σημαντικά υψηλότερα ποσοστά νοσηλείας, μειωμένη ανάκτηση λειτουργικότητας και σημαντικά μεγαλύτερη ανθεκτικότητα στην τυπική θεραπεία με αντιψυχωσικά φάρμακα (Gibson et al., 2016).

Η κατανόηση των μονοπατιών τραύματος-διάσχισης-ψύχωσης είναι σημαντική, καθώς τα προκαταρκτικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι ψυχοθεραπείες που εστιάζουν στο τραύμα και είναι προσαρμοσμένες σε άτομα με ψύχωση είναι εφικτές και αποτελεσματικές. Επιπλέον, θα μπορούσε να βελτιώσει σημαντικά τα αποτελέσματα μέσω εξειδικευμένης ψυχοθεραπευτικής φροντίδας, που είναι επ' ακριβώς προσαρμοσμένη στο τραύμα.

1.3. Στόχοι Έρευνας- Δομή Εργασίας

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση εξετάζει κριτικά τη σχέση μεταξύ ψυχολογικού τραύματος στην πρώιμη ηλικία και της εμφάνισης διασχιστικών φαινομένων σε ασθενείς με ψυχωσικές διαταραχές, καθώς και στοχεύει στην αποσαφήνιση της διάκρισης ψύχωσης - διασχιστικής/αποσυνδετικής διαταραχής - διασχιστικών συμπτωμάτων στην ψύχωση.

Ο όρος «διάσχιση» αναφέρεται, όπως προαναφέρθηκε, στη διαταραχή των κανονικά ολοκληρωμένων ψυχολογικών λειτουργιών. Τα περισσότερα σύγχρονα πλαίσια διακρίνουν δύο είδη διάσχισης, ήτοι: α) την αποπροσωποποίηση και/ή αποπραγματοποίηση και β) την αμνησία σε συνδυασμό με διασχιστικές συμπεριφορικές καταστάσεις (Dalenberg et al., 2012).

Η ψύχωση διακρίνεται ως ένα σύνδρομο στο οποίο το υποκείμενο χάνει την ικανότητα ελέγχου της πραγματικότητας. Αποτελείται από θετικά συμπτώματα (ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες), αρνητικά συμπτώματα (μειωμένη συναισθηματική έκφραση, αβουλησία) και αποδιοργανωμένο λόγο και συμπεριφορά (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013).

Στα κεφάλαια που ακολουθούν θα γίνει αναφορά στα επιδημιολογικά δεδομένα, στις φαινομενολογικές περιγραφές της διάσχισης, στις θεωρίες αναφορικά με την αιτιολογία της, ήτοι στο τραυματικό νευροαναπτυξιακό μοντέλο και στους ψυχολογικούς μηχανισμούς της προσκόλλησης και των οδών κοινωνικής δυσπροσαρμοστικότητας, στις κλινικές επιπτώσεις της νόσησης και στην εμπειρική υποστήριξη του φαινομένου της διάσχισης ως μεσολαβητικού μηχανισμού στην ανάπτυξη ψύχωσης.

1.4. Μέθοδος

Έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση άρθρων που δημοσιεύθηκαν στις βάσεις δεδομένων PubMed και ScienceDirect μεταξύ 2010 και 2025, χρησιμοποιώντας τους όρους: «τραύμα και ψύχωση» ("trauma and psychosis"), «διάσχιση και ψυχωσικές διαταραχές» ("dissociation and psychotic disorders") και «διασχιστικά συμπτώματα στη σχιζοφρένεια» ("dissociative symptoms in schizophrenia"). Η χρονική περίοδος 2010–2025 επιλέχθηκε προκειμένου να επισημανθούν οι πλέον σύγχρονες θεωρητικές και ερευνητικές εξελίξεις σχετικά με τη σχέση πρώιμου ψυχοτραυματισμού, διάσχισης και ψύχωσης. Από το 2010 κι έπειτα παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των ερευνών γύρω από το τραυματογένεση της ψύχωσης, καθώς και για τον διαμεσολαβητικό ρόλο της διάσχισης. Μελετήθηκαν συστηματικές ανασκοπήσεις, τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές και μετα-αναλύσεις. Πραγματοποιήθηκε επίσης χειροκίνητη αναζήτηση αναφορών και παραπομπών από τα επιλεγμένα άρθρα, προκειμένου να εντοπιστούν πρόσθετες μελέτες. Επιλέχθηκαν άρθρα στην αγγλική γλώσσα και που αφορούσαν ανθρώπους. Αποκλείσθηκαν άρθρα που δεν επικεντρώθηκαν ειδικά στο ρόλο του τραύματος ή σε διασχιστικά φαινόμενα στην ψύχωση και που αφορούσαν άλλες ψυχιατρικές διαγνώσεις. Χρησιμοποιήθηκαν συνολικά 82 άρθρα.

1.5. Ερευνητικά Ερωτήματα

Κύριο Ερευνητικό Ερώτημα:

«Πώς συμβάλλει το πρώιμο ψυχολογικό τραύμα στην εκδήλωση και διατήρηση διασχιστικών φαινομένων σε άτομα που έχουν διαγνωστεί με ψυχωσικές διαταραχές;»

Δευτερεύοντα Ερευνητικά Ερωτήματα:

1. «Ποιες διακριτές νευροβιολογικές και ψυχολογικές διαδικασίες μεσολαβούν στις σχέσεις μεταξύ συγκεκριμένων τύπων τραύματος και συγκεκριμένων τομέων ψυχωσικών συμπτωμάτων;»

2. «Ποιες ατομικές διαφορές, αναπτυξιακοί παράγοντες και μεταβλητές του περιβάλλοντος μετριάζουν τις διαδρομές τραύμα-διάσχιση-ψύχωση και πώς μπορεί η κατανόηση αυτών να αναθεωρήσει την αξιολόγηση ασθενών με γνώμονα το τραύμα;»

3. «Πως μπορούν οι ολοκληρωμένες κλινικές παρεμβάσεις που αντιμετωπίζουν τόσο τα (μετα)τραυματικά ή διασχιστικά όσο και τα ψυχωτικά συμπτώματα να βελτιώσουν την έκβαση της θεραπείας;»

2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΣΕ ΨΥΧΩΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

2.1. Ποσοστά Επικράτησης Παιδικού Τραύματος στην Ψύχωση

Έχει καταδειχτεί ότι η βίωση τραυματικών γεγονότων κατά την παιδική ηλικία είναι ένας από τους σημαντικότερους περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης ψυχωτικής διαταραχής. Υπάρχει σαφώς υψηλότερο ποσοστό τέτοιου είδους τραυματικών εμπειριών σε άτομα με ψύχωση, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Stanton et al., 2020).

Η ευρέως αναφερόμενη μετα-ανάλυση των Varese et al. (2012) χρησιμοποίησε δεδομένα από 36 μελέτες, συμπεριλαμβανομένων 18 μελετών ασθενών-μαρτύρων, 10 προοπτικών μελετών κοόρτης και 8 πληθυσμιακές συγχρονικές μελέτες, με συνολικό μέγεθος δείγματος 79.397 άτομα από διάφορες χώρες και πολιτισμούς. Η μελέτη αυτή έδειξε ότι τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με ψυχωσική διαταραχή είναι 2,72 φορές πιο πιθανό να έχουν βιώσει δυσκολίες στην παιδική τους ηλικία σε σύγκριση την ομάδα ελέγχου, ενώ ο συνολικός συνδυασμένος λόγος πιθανοτήτων (odds ratio) για όλα τα σχέδια μελετών ήταν 2,78. Ο εκτιμώμενος κίνδυνος που αποδίδεται στον πληθυσμό ήταν 33%. Όπως προαναφέρθηκε, αυτό σημαίνει ότι αν δεν υπήρχαν αντιξοότητες στην παιδική ηλικία, το ένα τρίτο των περιπτώσεων ψύχωσης θα μπορούσε θεωρητικά να προληφθεί (Varese et al., 2012).

Μία από τις πιο πρόσφατες μετα-αναλύσεις περιλαμβάνει δείγματα 183 μελετών με συνολικά 349.265 συμμετέχοντες, με 119 μελέτες ασθενών-μαρτύρων, 51 συγχρονικές μελέτες και 13 συγχρονικές μελέτες κοόρτης από 5 ηπείρους. Συνολικά, υπήρχε μια αναλογία πιθανοτήτων 2,80 σε όλες τις μελέτες που έδειχναν συσχέτιση μεταξύ των δυσκολιών στην παιδική ηλικία και την ανάπτυξη ψυχωσικής διαταραχής. Αυτό είναι σταθερό σε μελέτες, πληθυσμούς, μετρήσεις και διαγνώσεις όλων των ειδών, που έχουν πραγματοποιηθεί κατά τη διάρκεια μιας δεκαετίας (Zhou et al., 2025).

Η επαναλαμβανόμενη συνέπεια του μεγέθους των επιδράσεων του παιδικού τραύματος σε πολλαπλές ανεξάρτητες μετα-αναλύσεις το καθιστά έναν από τους ισχυρότερους περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου για ψύχωση που έχουν ποτέ εντοπιστεί στην

ψυχιατρική επιδημιολογία. Η ανάλυση συγκεκριμένων υποτύπων τραύματος αποκαλύπτει διαφορετική επικράτηση και συσχέτιση με ψυχωτικά συμπτώματα.

Σύμφωνα με τη μετα-ανάλυση των Zhou et al. (2025), η συναισθηματική κακοποίηση έχει την ισχυρότερη συσχέτιση με την εμφάνιση ψύχωσης, με αναλογία πιθανοτήτων 3,54, η οποία είναι υψηλότερη από άλλους τύπους δυσκολιών. Ακολουθεί ο σχολικός εκφοβισμός με 3,42 και η συναισθηματική και η σωματική παραμέληση με 3,29 και 3,26 αντίστοιχα. Οι αναλογίες πιθανοτήτων για τη σεξουαλική κακοποίηση ήταν 2,57, ενώ για τη σωματική κακοποίηση 2,42.

Η έκθεση σε σεξουαλική κακοποίηση παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων, με τις γυναίκες ασθενείς να είναι σχεδόν τρεις φορές πιθανότερο να εκτεθούν σε αυτήν, το οποίο είναι εν μέρει αναμενόμενο, καθώς ο γυναικείος πληθυσμός είναι πιο πιθανό να αναφέρει επεισόδια σεξουαλικής κακοποίησης. Σύμφωνα με τους Pruessner et al. (2019), οι θήλεις ασθενείς με ψύχωση είχαν ποσοστό επικράτησης σεξουαλικής κακοποίησης 23,5%, ενώ οι άρρενες 7,8%.

Στους ψυχωτικούς πληθυσμούς, η επικράτηση της σωματικής και συναισθηματικής κακοποίησης είναι εξίσου υψηλή, με ποσοστά σωματικής κακοποίησης που κυμαίνονται από 10% έως 61% (Bendall et al., 2008).

Η παραμέληση είναι ένας συχνά υποτιμημένος αλλά όλο και πιο αναγνωρισμένος τύπος δυσκολιών στην παιδική ηλικία, που συσχετίζεται στενά με την ψύχωση. Μια ειδική συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση αποκάλυψε σημαντικά ποσοστά τόσο συναισθηματικής όσο και σωματικής παραμέλησης σε ψυχωτικούς πληθυσμούς (Carvalho Silva et al., 2024).

Τα πρότυπα φύλου για την παραμέληση διαφέρουν από αυτά που έχουν εντοπιστεί για την κακοποίηση. Η σωματική και η συναισθηματική παραμέληση είναι υψηλότερες στους άνδρες ασθενείς. Μια μελέτη σε 210 ασθενείς με πρώτο επεισόδιο ψύχωσης έδειξε ότι σημαντικά περισσότεροι άνδρες ασθενείς ανέφεραν μέτριες έως σοβαρές εμπειρίες παραμέλησης, ενώ οι γυναίκες ήταν σημαντικά πιο πιθανό να αναφέρουν μέτρια έως σοβαρή συναισθηματική κακοποίηση (Pruessner et al., 2019).

Η σχέση δόσης-απόκρισης μεταξύ της συσσωρευμένης έκθεσης σε τραύμα και του κινδύνου ψύχωσης ενισχύει την αιτιώδη συσχέτιση: όσο περισσότερα τραυματικά γεγονότα βιώνει κάποιος, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να εκδηλώσει ψύχωση. Το

2025, οι Flinn et al. δημοσίευσαν μια μετα-ανάλυση που χρησιμοποίησε ισχυρές μεθόδους μετα-παλινδρόμησης σφαλμάτων για να εξετάσει τα αποτελέσματα δόσης-απόκρισης σε 21 μελέτες και 59.975 συμμετέχοντες. Η ανάλυση αυτή διαπίστωσε μια σημαντική μη γραμμική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των αντιξοοτήτων που βίωσαν τα παιδιά κατά την παιδική τους ηλικία και του κινδύνου μελλοντικής ψύχωσης. Συγκεκριμένα, οι αναλογίες πιθανοτήτων που συγκεντρώθηκαν από όλες τις μελέτες αυξήθηκαν από 1,76 για ένα επεισόδιο έκθεσης, σε 2,93 για δύο, 3,39 για τρία, 4,37 για τέσσερα και 6,46 για πέντε ή περισσότερα επεισόδια, σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν τραυματικές εμπειρίες. Με άλλα λόγια, ο κίνδυνος που αποδίδεται στις πολλές δυσκολίες δεν ήταν καθαρά αθροιστικός, αλλά φαινόταν να υποδηλώνει συνεργιστικές (πολλαπλασιαστικές) επιδράσεις όσον αφορά την ευπάθεια στην ψύχωση.

Δύο μελέτες συνέκριναν άμεσα την επικράτηση του παιδικού τραύματος σε διαφορετικές διαγνωστικές κατηγορίες ψύχωσης. Η πρώτη μελέτη το διερεύνησε σε 3 ομάδες νέων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές πρώιμης έναρξης: μία με σχιζοφρένεια (n = 27), μία με διπολική διαταραχή με ψυχωτικά στοιχεία (n = 22) και μία με άτυπα ψυχωτικά συμπτώματα που χαρακτηρίζονται από ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες (n = 20). Ενώ η επικράτηση του τραύματος ήταν σχετικά υψηλή σε όλες τις ομάδες, όσοι είχαν άτυπη ψύχωση είχαν σημαντικά περισσότερες τραυματικές εμπειρίες και διαταραχή μετατραυματικού στρες από τις ομάδες με σχιζοφρένεια ή διπολική διαταραχή (Hlastala, McClellan, 2005). Μια άλλη μελέτη διερεύνησε 3 ομάδες εφήβων σε ψυχιατρικό νοσοκομείο: μία ομάδα με σχιζοφρένεια ή σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή (n = 10), μία με διαταραχή μετατραυματικού στρες (n = 13) και μία με «διασχιστική ψευδαισθήτωση», έναν όρο που χρησιμοποιείται από τους συγγραφείς για να περιγράψει μια μετατραυματική διαταραχή σε παιδιά που χαρακτηρίζεται από διάσχιση και ψευδαισθήσεις (n = 12). Κανένας από τους εφήβους με σχιζοφρένεια δεν είχε υποστεί σεξουαλική κακοποίηση, αλλά όλοι όσοι είχαν διασχιστική ψευδαισθήτωση είχαν, όπως και οι περισσότεροι από εκείνους που εμφάνιζαν διαταραχή μετατραυματικού στρες (Nurcombe et al., 1996). Αυτές οι μελέτες υποδηλώνουν ότι η άτυπη ψύχωση, και όχι η σχιζοφρένεια, μπορεί να σχετίζεται περισσότερο με το παιδικό τραύμα, αν και ο αριθμός των συμμετεχόντων ήταν μικρός (Bendall et al., 2008). Σημειώνεται πως, πέραν της επικράτησης διασχιστικών συμπτωμάτων γενικότερα στους ασθενείς με τραύμα που μελετήθηκαν, το γεγονός συμπερίληψης άτυπης ψύχωσης ενδεχομένως να υποδηλώνει υποδιάγνωση

των διασχιστικών διαταραχών και λανθασμένη κατάταξη αυτών των ασθενών στο ψυχωτικό φάσμα.

Μια διαφορετική προοπτική μελέτη κοόρτης που παρακολούθησε 1.196 εφήβους επί 1 έτος έδειξε ότι οι πιθανότητες αναφοράς ψυχωτικών εμπειριών αυξήθηκαν σε ένα σαφές μοτίβο δόσης-απόκρισης με την αύξηση της σοβαρότητας και της συχνότητας της θυματοποίησης από εκφοβισμό (bullying). Τα ευρήματα αυτής της μελέτης παρείχαν άμεσες ενδείξεις για πιθανή αιτιότητα, καθώς η παύση της συνέχειας έκθεσης στο τραύμα προέβλεπε την σημαντικά μειωμένη συχνότητα εμφάνισης ψυχωτικών εμπειριών σε σύγκριση με άτομα που συνέχισαν να εκτίθενται σε τραυματικές εμπειρίες. (Kelleher et al., 2013).

Μια μετα-ανάλυση που εξέτασε πληθυσμούς εξαιρετικά υψηλού κινδύνου για ψύχωση διαπίστωσε ότι βίωσαν σημαντικά πιο σοβαρό τραύμα από τους μάρτυρες, ανεξάρτητα από τον υποτύπο του τραύματος. Οι συγκεκριμένοι υπότυποι τραύματος σε άτομα εξαιρετικά υψηλού κινδύνου έδειξαν διαφορετικές αναλογίες πιθανοτήτων, ήτοι: συναισθηματική κακοποίηση (OR 5,5), θυματοποίηση από εκφοβισμό (OR 3,1) και σωματική κακοποίηση (OR 2,5) (Peh et al., 2019).

2.2. Το Τραύμα ως Παράγων Κινδύνου Ανάπτυξης Ψύχωσης

Τα αυξανόμενα δεδομένα από προοπτικές διαχρονικές μελέτες (οι οποίες επιδεικνύουν χρονική προτεραιότητα, καταδεικνύουν σχέσεις δόσης-απόκρισης, καθιερώνουν συγκεκριμένες συσχετίσεις με τομείς συμπτωμάτων και παρουσιάζουν αξιοσημείωτη συνέπεια σε διαφορετικούς πληθυσμούς) έχουν ενισχύσει την άποψη ότι το παιδικό τραύμα αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα κινδύνου για ψύχωση και όχι απλώς παράγοντα συσχέτισης (Zhou et al., 2025).

Προοπτικές μελέτες κοόρτης που μέτρησαν την έκθεση σε τραύμα πριν από την ψύχωση (αποκλείοντας έτσι την αναδρομική μεροληψία ανάμνησης και την αντίστροφη σχέση αιτίου-αιτιατού), έχουν αποδείξει την χρονική σειρά μεταξύ της εμπειρίας παιδικού τραύματος και της ανάπτυξης ψύχωσης. Η μελέτη των Varese et al. (2012) είναι μια μετα-ανάλυση που συγκέντρωσε 10 προοπτικές και ημι-προοπτικές διαχρονικές μελέτες με συνολικό αριθμό 41.803 συμμετεχόντων, οι οποίοι παρακολουθήθηκαν για διάστημα από μερικά χρόνια έως κάποιες δεκαετίες. Οι συγγραφείς ανέφεραν αναλογία πιθανοτήτων 2,75 για την ανάπτυξη ψύχωσης, έπειτα

από τη βίωση δυσκολιών κατά την παιδική ηλικία. Ο αντίκτυπος που μετρήθηκε σε προοπτικές μελέτες ήταν σύμφωνος με την αναλογία πιθανοτήτων 2,72 από μελέτες περιπτώσεων-μαρτύρων, που χρησιμοποίησαν αναδρομική αξιολόγηση τραύματος. Τα προοπτικά δεδομένα σε συνδυασμό με τα αναδρομικά στοιχεία ενισχύουν σημαντικά την αιτιώδη συσχέτιση.

Η περίοδος κατά την οποία ένα άτομο εκτίθεται σε τραύμα έχει τη μεγαλύτερη επίδραση και το καθιστά ευάλωτο στην ψύχωση. Χρησιμοποιώντας δεδομένα από τη διαχρονική μελέτη γονέων και παιδιών Avon [Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC)], μια εκτενής ανάλυση με 4433 περιπτώσεις εξέτασε την έκθεση σε τραύμα στην πρώιμη παιδική ηλικία (0-4,9 έτη), στη μέση παιδική ηλικία (5-10,9 έτη) και στην εφηβεία (11-17 έτη). Βρέθηκαν στοιχεία για σημαντικές ανεξάρτητες συσχετίσεις μεταξύ του τραύματος σε κάθε αναπτυξιακή περίοδο και των ψυχωτικών εμπειριών στα 18 έτη. Στη συγκεκριμένη ανάλυση, δε τεκμηριώθηκε σημαντική διαφοροποίηση στην έκβαση ανάλογα με το είδος του βιωμένου τραύματος, αναγνωρίστηκε όμως πως εκείνοι που εκτέθηκαν σε πολλαπλά είδη τραύματος ή επαναλαμβανόμενα κατά τη διάρκεια πολλαπλών αναπτυξιακών παραθύρων διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ψύχωσης. Οι τραυματικές εμπειρίες κατά την εφηβική ηλικία εμφάνισαν ισχυρότερη συσχέτιση με την εμφάνιση ψύχωσης. Η εφηβεία αποτελεί μια ιδιαίτερα ευαίσθητη περίοδο κινδύνου για τη συσχέτιση διαπροσωπικού τραύματος και ψύχωσης. Αυτό ενδεχομένως οφείλεται στο ότι η χρονική εγγύτητα του τραύματος με την εκδήλωση του αποτελέσματος επηρεάζει περισσότερο τον κίνδυνο σε σχέση με την ηλικία έκθεσης (δηλαδή ένα τραύμα που συνέβη πρόσφατα, στην εφηβεία, επηρεάζει περισσότερο από ότι ένα τραύμα της παιδικής ηλικίας, ακόμα κι αν ήταν το ίδιο σοβαρό) . Από την άλλη, είναι πιθανό η ψυχοπαθολογία που σχετίζεται με το τραύμα να υποχωρεί φυσικά με την πάροδο του χρόνου. Η υπόθεση αυτή στηρίζεται σε μελέτες σε ζώα και ανθρώπους τα ευρήματα των οποίων δείχνουν αυξημένη ενεργοποίηση του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων και υψηλότερα επίπεδα άγχους μετά από έκθεση σε στρες μεταξύ εφήβων, σε σύγκριση με άλλες ηλικιακές ομάδες (Croft et al., 2019).

Θεωρητικές και πειραματικές μελέτες σχετικά με την ανάπτυξη του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA) προσδιορίζουν ευαίσθητες περιόδους στην βρεφική και πρώιμη παιδική ηλικία, κατά τις οποίες το σύστημα αντίδρασης στο στρες υφίσταται κρίσιμες αναπτυξιακές διαδικασίες. Σε αυτές τις ηλικίες η έκθεση σε

τραύμα μπορεί να διαταράξει την ανάπτυξη του άξονα HPA, ο οποίος αποτελεί μέρος της φυσιολογικής ανάπτυξης του βρέφους και του μικρού παιδιού και οδηγεί σε δια βίου υπερευαισθησία σε στρεσογόνους παράγοντες, σε συνδυασμό με υπερβολικές φυσιολογικές αντιδράσεις. Ειδικότερα, έρευνα που εξετάζει τη σχέση μεταξύ της ηλικίας πρώτης έκθεσης σε τραύμα και της λειτουργίας του άξονα HPA στην ενήλικη ζωή διαπίστωσε ότι το τραύμα πριν από την ηλικία του ενός έτους σχετίζεται σημαντικά με επιγενετικές τροποποιήσεις που αφορούν κυρίως την αυξημένη μεθυλίωση σε συγκεκριμένες θέσεις του DNA (π.χ.του γονιδίου NR3C1) που οδηγεί σε μειωμένη έκφραση των υποδοχέων της κορτιζόλης, παρά την αυξημένη ενεργοποίηση του άξονα HPA λόγω στρες. Συνέπεια λοιπόν της πολύ πρώιμης έκθεσης σε τραύμα (ακόμα και περιγεννητικής) είναι η δυσλειτουργία και δυσρύθμιση του άξινα HPA κι έτσι να διαταράσσεται η ανάκαμψη από το στρες (Tang et al., 2020, Lewis et al., 2020).

Οι πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις μεταξύ του παιδικού τραύματος και των καθιερωμένων παραγόντων κινδύνου ψύχωσης αποκαλύπτουν πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις γονιδίων-γονιδίων και γονιδίων-περιβάλλοντος, που καθορίζουν από κοινού τον κίνδυνο ψύχωσης. Η κάνναβη είναι ένας από τους πιο μελετημένους περιβαλλοντικούς κινδύνους που παρουσιάζουν αλληλεπιδράσεις με το παιδικό τραύμα. Μια μελέτη ασθενών-μαρτύρων διαπίστωσε ότι οι φορείς του T-αλληλόμορφου του πολυμορφισμού CNR1 rs12720071 είχαν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο ψύχωσης, όταν αυτή η γενετική παραλλαγή συνδυαζόταν με τη χρήση κάνναβης κατά τη διάρκεια της ζωής. Επιπλέον, η ίδια γενετική παραλλαγή έδειξε σημαντική αλληλεπίδραση με το παιδικό τραύμα ως ανεξάρτητου παράγοντα κινδύνου. Το συμπέρασμα από αυτά τα ευρήματα είναι ότι η χρήση κάνναβης μπορεί να είναι ιδιαίτερα προβληματική για όσους είναι γενετικά ευάλωτοι στο ενδοκανναβινοειδές τους σύστημα (ECS) και έχουν εκτεθεί σε τραύμα στην παιδική ηλικία. Επιπλέον, σημειώνεται ότι ο κίνδυνος είναι πολλαπλασιαστικός και όχι αθροιστικός όταν συνυπάρχουν πολλαπλοί παράγοντες (Loureiro et al., 2023, O'Brien et al., 2025).

Επιπλέον, τόσο τα αναγνωρισμένα γονίδια σχετιζόμενα με την ψύχωση όσο και η εγκατεστημένη ψτχωσική διαταραχή ελήφθησαν υπόψιν από το μοντέλο ανάπτυξης, σε σχέση με το πρώιμο τραύμα. Σύμφωνα με τις αλληλεπιδράσεις γονιδίου-περιβάλλοντος που αφορούν ορισμένα σχετικά γονίδια, τα μοριακά γενετικά δεδομένα υποστηρίζουν το εύρημα ότι οι επιδράσεις του τραύματος στον κίνδυνο ψύχωσης μετριάζονται βιολογικά. Σε μια μελέτη με 237 εφήβους, εντοπίστηκαν οριακά σημαντικές

αλληλεπιδράσεις γονιδίου-περιβάλλοντος, με 7,43 φορές αύξηση στην αναφορά ψυχωτικών εμπειριών από άτομα με γονότυπο COMT (Catechol-O-Methyltransferase, γονίδιο που παίζει σημαντικό ρόλο στον μεταβολισμό της ντοπαμίνης) Val-Val που είχαν επίσης τραύμα στην παιδική ηλικία, σε σύγκριση με άτομα χωρίς τραύμα και με τον ίδιο γονότυπο. Η αλληλεπίδραση δεν παρατηρήθηκε σε άτομα με γονότυπους Val-Met και Met-Met. Επομένως, φαίνεται ότι ο γονότυπος Val-Val προσδίδει μια συγκεκριμένη νευροβιολογική ευπάθεια στην ψυχώσεις που προκαλούνται από τραύμα, πιθανώς μέσω μηχανισμών που περιλαμβάνουν μειωμένη διαθεσιμότητα ντοπαμίνης στον προμετωπιαίο φλοιό (Ramsay et al., 2013).

Οι δυσμενείς κοινωνικές εμπειρίες, οι οποίες σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να συνδέονται άμεσα με την μειονοτική κοινωνική θέση, για παράδειγμα, οι διακρίσεις, ο εκφοβισμός και η περιθωριοποίηση, συνδέονται με ψυχωσικές διαταραχές και εμπειρίες. Οι εμπειρίες αυτές αναγνωρίζονται με τον όρο «κοινωνική ήττα» (social defeat) και περιγράφουν την κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο βιώνει απώλεια κοινωνικού κύρους, αποκλεισμό, ή την αίσθηση ότι είναι αποτυχημένο απέναντι στα κοινωνικά πρότυπα, δηλαδή κοινωνική υποταγή μέσα σε μια ιεραρχία. Η εμφάνιση ψυχωσικών συμπτωμάτων μπορεί επίσης να θέσει τις προϋποθέσεις για περαιτέρω κοινωνική ήττα (Shovestul et al., 2023). Μια ευρεία μελέτη, με βάση τον πληθυσμό, χρησιμοποίησε δεδομένα από 6646 συμμετέχοντες στην Ολλανδική Έρευνα Ψυχικής Υγείας και Μελέτη Συχνότητας-2 (NEMESIS-2) για να μελετήσει εάν η κοινωνική ήττα που βιώνεται στην ενήλικη ζωή μεσολαβεί στη σχέση μεταξύ παιδικού τραύματος και ψυχωτικών εμπειριών στην ενήλικη ζωή (Van Nierop et al., 2014). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το παιδικό τραύμα είχε σημαντική συσχέτιση με τις εμπειρίες της κοινωνικής ήττας και τη συναισθηματική δυσλειτουργία στην ενήλικη ζωή, οι οποίες, με τη σειρά τους, συσχετίζονταν σημαντικά με τις ψυχωτικές εμπειρίες.

Η εξέταση των προστατευτικών παραγόντων και των οδών ανθεκτικότητας που μπορεί να προστατεύουν από τον κίνδυνο ψύχωσης που σχετίζεται με τραύμα συνιστά έναν αναδυόμενο τομέα έρευνα με σημαντικές κλινικές και δημόσιες επιπτώσεις στην υγεία. Μια συστηματική ανασκόπηση που εξέτασε τους προστατευτικούς παράγοντες έπειτα από συσσωρευμένες δυσκολίες στην παιδική ηλικία έδειξε ότι η κοινωνική υποστήριξη αναδείχθηκε ως ο πιο ισχυρός και καλά τεκμηριωμένος προστατευτικός παράγων για την ψυχική υγεία. Ειδικότερα, βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της διαθεσιμότητας κοινωνικής υποστήριξης και της μικρότερης ψυχοπαθολογίας έπειτα

από δυσκολίες στην παιδική ηλικία. Καταδεικνύεται ότι «ανθεκτικά» χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως η αισιοδοξία, η αυτοεκτίμηση, ο αυτοέλεγχος ή η αυτορρύθμιση έχουν προστατευτική αξία για διάφορα αποτελέσματα ψυχικής υγείας και λειτουργικότητας σε πληθυσμούς που έχουν εκτεθεί σε τραύμα. Η έρευνα έχει επισημάνει τον προστατευτικό χαρακτήρα της εκπαίδευσης, ενώ πτυχές των εκπαιδευτικών επιδόσεων, της συμμετοχής και της επίτευξης στόχων επιδεικνύουν προστατευτικά οφέλη (Buchanan et al., 2023).

Μελέτες που εστιάζουν σε προστατευτικούς παράγοντες, ιδίως για πληθυσμούς που βιώνουν ψύχωση, έχουν εντοπίσει ποικίλους παράγοντες που μπορεί να μετριάζουν τον κίνδυνο, ακόμη και μεταξύ των ατόμων που έχουν εκτεθεί σε τραύμα. Μια διαχρονική έρευνα νέων της κοινότητας με επαναλαμβανόμενα συμπτώματα ψυχωσικού φάσματος διαπίστωσε ότι ένα υψηλό IQ, μια θετική οικογενειακή ατμόσφαιρα που χαρακτηρίζεται από ζεστασιά και υποστήριξη, καθώς και τα υψηλά επίπεδα κοινωνικής συνοχής στη γειτονιά προστατεύουν τα παιδιά που έχουν υποστεί πολλαπλές κακοποιήσεις από τα συμπτώματα της ψυχωσικής διαταραχής στην παιδική ηλικία (Crush et al., 2018).

Μια πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη από τους Campodonico et al. (2021) σχετικά με το παιδικό τραύμα και την ψυχωσική συννοσηρότητα με μετατραυματικό στρες, ανέφερε ότι προέκυψαν ισχυροί συσχετισμοί μεταξύ αυτών. Συγχρόνως, η κοινωνική συνοχή, οι στρατηγικές προσαρμοστικής διαχείρισης και οι ασφαλείς δεσμοί προσκόλλησης παρείχαν σημαντική ψυχοπροστασία στους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου νόσησης.

2.3. Κλινικά Αποτελέσματα- Επιπλοκές

Η εμπειρία του τραύματος στην παιδική ηλικία μεταξύ ατόμων με ψυχωσικές διαταραχές σχετίζεται με ένα ευρύ φάσμα αρνητικών κλινικών αποτελεσμάτων και επιπλοκών, που έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην πορεία της νόσου, στην ανταπόκριση στη θεραπεία, στη λειτουργικότητα και στην πρόγνωση. Εκτενείς έρευνες που χρησιμοποιούν μετα-αναλυτικά και διαχρονικά δεδομένα έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με ψύχωση, οι οποίοι έχουν επίσης ιστορικό έκθεσης σε τραύμα, εμφανίζουν πιο σοβαρή συμπτωματολογία, μεγαλύτερη διάρκεια επεισοδίων και βραδύτερη ύφεση των συμπτωμάτων. Αυτοί οι ασθενείς προβαίνουν σε πιο εκτενή χρήση των υπηρεσιών

επείγουσας ψυχιατρικής υποστήριξης και διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας. Συνολικά, αυτή η ομάδα ανταποκρίνεται λιγότερο στη θεραπεία με τυπικές φαρμακολογικές και ψυχοκοινωνικές μεθόδους και έχει χειρότερη λειτουργικότητα μακροπρόθεσμα, σε σύγκριση με τους μη εκτεθειμένους στο τραύμα ομολόγους τους (Sun et al., 2019)

Τα αυξημένα ποσοστά νοσηλείας σε συνδυασμό με την αυξημένη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι μερικές από τις πιο συστηματικά τεκμηριωμένες κλινικές επιπλοκές του παιδικού τραύματος σε ψυχωτικούς πληθυσμούς. Μια ολοκληρωμένη ανασκόπηση που εξέτασε τα συμπτώματα τραύματος στην πρώιμη ψύχωση διαπίστωσε ότι τα υψηλότερα ποσοστά παιδικού τραύματος συνδέονται με μεγαλύτερο κίνδυνο ψύχωσης, αυξημένα ποσοστά και σοβαρότητα των συμπτωμάτων και, κατά συνέπεια, αυξημένα ποσοστά ψυχιατρικής νοσηλείας και μεγαλύτερη ζήτηση για υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε εξωτερικούς ασθενείς (Folk et al., 2019).

Ωστόσο, η σχέση μεταξύ παιδικού τραύματος και υποτροπής που απαιτεί ψυχιατρική νοσηλεία είναι πιο περίπλοκη, με μια συστηματική ανασκόπηση να δίνει ανάμεικτα αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης σε επτά μελέτες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δύο μελέτες ανέφεραν θετική συσχέτιση μεταξύ παιδικού τραύματος και αυξημένου κινδύνου υποτροπής. Αντιθέτως, οι άλλες δύο βρήκαν αρνητική συσχέτιση, ενώ άλλες τρεις μελέτες δεν βρήκαν σημαντική διαφορά. Αυτή η ασυνέπεια αντανακλά πιθανώς τη μεθοδολογική ετερογένεια των μελετών, συμπεριλαμβανομένης της σημαντικής μεταβλητότητας στα εργαλεία αξιολόγησης του τραύματος, των διαφορετικών εννοιολογήσεων της υποτροπής, της μεγάλης διακύμανσης στη διάρκεια της παρακολούθησης και των διαφοροποιήσεων ανάλογα με το στάδιο της νόσου (Petros et al., 2016).

Μια προοπτική μελέτη δωδεκάμηνης παρακολούθησης 96 ασθενών μετά από το πρώτο επεισόδιο ψύχωσης αποκάλυψε ότι η έκθεση σε τραύμα κατά την παιδική ηλικία επηρέασε σημαντικά τη συνολική λειτουργικότητα των ασθενών, καθώς και τα κλινικά συμπτώματα, τόσο κατά την αρχική αξιολόγηση όσο και κατά τη διάρκεια της παρακολούθησής τους. Η συναισθηματική παραμέληση προσδιορίστηκε συγκεκριμένα ως σημαντικός προγνωστικός παράγων χαμηλότερων ποσοστών βελτίωσης της συνολικής λειτουργικότητας του ασθενούς κατά το κρίσιμο πρώτο έτος μετά την έναρξη της ψύχωσης, υποδηλώνοντας ότι η έκθεση σε τραύμα είναι σημαντικά

επιζήμια για την πορεία της ανάρρωσης, κατά τη διάρκεια αυτής της σημαντικής περιόδου έγκαιρης παρέμβασης (Aas et al., 2016).

Σε μια άλλη μεγαλύτερη προοπτική μελέτη που περιλάμβανε 141 συμμετέχοντες οι οποίοι αξιολογήθηκαν κατά τη διάρκεια του πρώτου επεισοδίου ψύχωσης, διαπιστώθηκε ότι το 45% ανέφερε εμπειρίες παιδικού τραύματος μέτριας έως σοβαρής μορφής (Wold et al. 2024). Βρέθηκε πως το παιδικό τραύμα συνιστά σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για τους ασθενείς της ομάδας που είχε πιο δυσμενή έκβαση.

Σύμφωνα με μια μετα-ανάλυση, το παιδικό τραύμα μπορεί να επιδεινώσει τις εμπειρίες ψευδαισθήσεων, παραληρητικών ιδεών, αποδιοργάνωσης, καθώς και αλογίας, συναισθηματικής επιπέδωσης, ανηδονίας. Ωστόσο, το μέγεθος της επίδρασης διαφέρει ανάλογα με τον τύπο του παιδικού τραύματος. Η εμπειρία της συναισθηματικής κακοποίησης και της παραμέλησης έχει ιδιαίτερα ισχυρή συσχέτιση με τη σοβαρότητα των αρνητικών συμπτωμάτων. Η σωματική και η σεξουαλική κακοποίηση έχουν ισχυρότερη συσχέτιση με θετικά συμπτώματα, όπως ακουστικές ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες (Gibson et al., 2016).

Στους άρρενες ασθενείς, το παιδικό τραύμα έχει ισχυρότερη προγνωστική αξία για μεγαλύτερη σοβαρότητα των αρνητικών συμπτωμάτων σε σύγκριση με τις γυναίκες ασθενείς. Στις θήλεις ασθενείς, το τραύμα έχει ισχυρότερη προγνωστική συσχέτιση με την κατάθλιψη (Pruessner et al., 2019).

Ο αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αδιαμφισβήτητα η πιο κλινικά σοβαρή και θανατηφόρα επιπλοκή του παιδικού τραύματος σε ψυχωτικούς ασθενείς. Μελέτες έχουν δείξει με συνέπεια ότι οι ψυχωτικοί ασθενείς που έχουν ιστορικό παιδικού τραύματος έχουν σημαντικά υψηλότερη συχνότητα αυτοκτονικού ιδεασμού, απόπειρών και ολοκληρωμένων αυτοκτονιών σε σύγκριση με εκείνους που δεν εμφανίζουν ανάλογο τραύμα (Schmidt et al., 2017).

Σύμφωνα με μια συγχρονική μελέτη ασθενών με σχιζοφρένεια, το 39% είχε βιώσει υψηλά επίπεδα παιδικού τραύματος και παρουσίαζε σημαντικά περισσότερες αυτοκτονικές σκέψεις, μεγαλύτερη σοβαρότητα κατάθλιψης και ψυχωτικών συμπτωμάτων. Διαφορετικοί τύποι τραύματος έχουν διαφορετικές συσχετίσεις με την αυτοκτονικότητα. Στις πολυπαραγοντικές αναλύσεις λογιστικής παλινδρόμησης, η σεξουαλική κακοποίηση ήταν ένας μοναδικός προγνωστικός παράγοντας για απόπειρες αυτοκτονίας κατά τη διάρκεια της ζωής, και η σωματική παραμέληση και η κατάθλιψη

ήταν μοναδικοί προγνωστικοί παράγοντες για τον τρέχοντα αυτοκτονικό ιδεασμό (Mohammadzadeh et al., 2019).

Μια μελέτη σε 152 άτομα με κλινικά υψηλό κίνδυνο ψύχωσης εξέτασε τους ψυχολογικούς μεσολαβητές που συνδέουν τις δυσμενείς εμπειρίες της παιδικής ηλικίας με την αυτοκτονικότητα. Με βάση τα ευρήματα, οι δυσκολίες στην παιδική ηλικία συνέβαλαν στην αύξηση της πιθανότητας αυτοκτονικότητας μέσω δύο διακριτών μηχανισμών. Κατ' αρχάς, μέσω της ανάπτυξης μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, που εκδηλώνεται με αισθήματα απελπισίας και απώλειας ευχαρίστησης για οτιδήποτε μέχρι πρότινος ευχάριστο. Συμπληρωματικά, μέσω της ανάπτυξης βασικών γνωστικών συμπτωμάτων, τα οποία συνιστούν δείκτες λεπτών ανωμαλιών στις διαδικασίες της σκέψης (Schmidt et al., 2017).

Οκτώ μελέτες συμπεριλήφθηκαν σε μια συστηματική ανασκόπηση που διεξήχθη για να εξετάσει τη σχέση μεταξύ τραύματος και ανθεκτικότητας στα αντιψυχωσικά φάρμακα. Πέντε από αυτές έδειξαν σημαντική συσχέτιση μεταξύ της έκθεσης σε τραύμα και της μη ύφεσης των ψυχωτικών συμπτωμάτων ή της ανθεκτικής στη θεραπεία σχιζοφρένειας (Verdoux et al., 2022). Επιπλέον, οι αλλαγές που προκαλούνται από το τραύμα στα συστήματα αντίδρασης στο στρες και στη ντοπαμινεργική λειτουργία μπορεί να μειώσουν τη νευροβιολογική ευαισθησία στα αντιψυχωσικά φάρμακα.

Μια μελέτη παρακολούθησης ενός έτους που εξέτασε τον αντίκτυπο του παιδικού τραύματος ως προγνωστικού παράγοντα της ανθεκτικότητας στη θεραπεία, συμπεριέλαβε ένα δείγμα 141 ασθενών με πρώτο επεισόδιο ψύχωσης. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το παιδικό τραύμα ήταν ένας σημαντικός προγνωστικός παράγων της πρώιμης ανθεκτικότητας στη θεραπεία, με το αποτέλεσμα να μεσολαβείται εν μέρει από την προνοσηρή προσαρμογή και πλήρως από τη διάρκεια της μη θεραπευμένης ψύχωσης. Σύμφωνα με τα ευρήματα, η βελτιωμένη ανίχνευση και η έγκαιρη θεραπεία μπορεί να μετριάσουν εν μέρει την επίδραση του παιδικού τραύματος στα κλινικά αποτελέσματα (Wold et al., 2024).

Ο αντίκτυπος της ταυτόχρονης ύπαρξης Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (PTSD) και άλλης διαταραχής, καθώς και η δυσκολία προσδιορισμού της διάγνωσης, μπορεί να επιφέρουν περαιτέρω δυσκολία στη θεραπεία. Το 12%-43% των ατόμων με διαγνωσμένη ψυχωσική διαταραχή πληροί όλα τα διαγνωστικά κριτήρια για

συννοσηρότητα PTSD, ποσοστό αρκετά υψηλό σε σχέση με αυτό του γενικού πληθυσμού. Η συννοσηρότητα με PTSD περιπλέκει σημαντικά την κλινική εικόνα και συνδέεται σταθερά με χειρότερα αποτελέσματα σε πολλούς τομείς, συμπεριλαμβανομένων πιο σοβαρών θετικών συμπτωμάτων, υψηλότερων επιπέδων κατάθλιψης και άγχους, διαταραχής χρήσης ουσιών, συννοσηρότητας με παθολογικά νοσήματα και μεγαλύτερης λειτουργικής βλάβης, σε σύγκριση με άτομα που πάσχουν μόνον από ψύχωση (Alameda et al., 2020; Sun et al., 2019).

3. ΔΙΑΣΧΙΣΗ ΣΤΙΣ ΨΥΧΩΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ: ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

3.1. Εννοιολογικό Πλαίσιο της Διάσχισης

Η διάσχιση αναφέρεται σε μια ευρεία ποικιλία εμπειριών που περιλαμβάνουν διαταραχή των κανονικά ολοκληρωμένων λειτουργιών της συνείδησης, της μνήμης, της ταυτότητας, των συναισθημάτων, της αντίληψης, της αναπαράστασης του σώματος, του κινητικού ελέγχου και της συμπεριφοράς. Η διάσχιση κυμαίνεται από ήπια κανονική έως σοβαρή παθολογική αποσύνδεση από την πραγματικότητα.

Η διάσχιση διαφέρει από την ψύχωση σε ένα θεμελιώδες φαινομενολογικό σημείο. Η διάσχιση περιλαμβάνει αποσύνδεση από την πραγματικότητα, ενώ η ψύχωση περιλαμβάνει παραμόρφωση της πραγματικότητας. Για παράδειγμα, κάποιος που παρουσιάζει διάσχιση συνήθως γνωρίζει ότι οι αντιλήψεις του δεν είναι πραγματικές, ενώ κάποιος με ψύχωση πιστεύει ότι οι παραμορφωμένες αντιλήψεις του είναι πραγματικές (American Psychiatric Association, 2013).

Οι ιστορικές εννοιολογήσεις της διάσχισης χρονολογούνται από τον Pierre Janet στα τέλη του 19ου αιώνα, ο οποίος τη χαρακτήρισε ως μια αμυντική προσαρμοστική κατακερματισμένη συνείδηση λόγω ακραίων τραυματικών εμπειριών που υπερβαίνουν την ψυχολογική ικανότητα ενσωμάτωσης, οδηγώντας σε εμπειρίες «μη ολοκλήρωσης» στην αντιληπτική, σωματική, συναισθηματική και εσωτερική σύνδεση. Σύμφωνα με τον Janet, οι τραυματικές μνήμες και τα συναφή συναισθήματα αποσυνδέονται από την κανονική συνείδηση και μεταφέρονται σε διαμερισματοποιημένα συστήματα μνήμης που λειτουργούν εκτός της βουλητικής συνείδησης και εισβάλλουν κατά καιρούς στη συνειδητή αντίληψη. Αντίστοιχα, ο Freud αντιλαμβανόταν τα διασχιστικά φαινόμενα ως σχετιζόμενα με μια εσωτερική σύγκρουση όπως αντιπροσωπεύεται στους μηχανισμούς καταστολής και άμυνας και περιέγραψε τον συνδυασμό αποπροσωποποίησης και αποπραγματοποίησης ως ένα σύμπτωμα που βιώνεται ως αποξένωση και παρόμοιο με μια ονειρική κατάσταση (Humpston et al., 2020).

Το DSM-5 και το ICD-10 παρέχουν σύγχρονα διαγνωστικά πλαίσια για τις διαταραχές αποσύνδεσης, με σημαντικές αλλαγές που αντικατοπτρίζουν τη σύγχρονη εννοιολογική κατανόηση. Σύμφωνα με το DSM-5, οι διαταραχές αποσύνδεσης

περιλαμβάνουν τις εξής διαταραχές: διαταραχή αποσύνδεσης ταυτότητας, αποσυνδετική αμνησία, διαταραχή αποπροσωποποίησης/ αποπραγματοποίησης, άλλη προσδιοριζόμενη και μη προσδιοριζόμενη αποσυνδετική διαταραχή (American Psychiatric Association, 2013). Αξίζει να σημειωθεί ότι μια ξεχωριστή διαγνωστική οντότητα στο DSM-IV, η διασχιστική φυγή, μεταφέρθηκε σε έναν προσδιοριστή της διασχιστικής αμνησίας στο DSM-5.

Το DSM-5-TR κατηγοριοποιεί τα διασχιστικά συμπτώματα σε δύο διακριτές κατηγορίες:

Ι. Τα θετικά διασχιστικά συμπτώματα περιλαμβάνουν ανεπιθύμητες εισβολές που διαταράσσουν τη συνέχεια και τη συνοχή της υποκειμενικής εμπειρίας (κατακερματισμός της ταυτότητας, αποπροσωποποίηση, αποπραγματοποίηση).

ΙΙ. Τα αρνητικά διασχιστικά συμπτώματα περιλαμβάνουν την απώλεια πρόσβασης σε πληροφορίες και λειτουργίες του νου, που είναι συνήθως προσβάσιμες στη συνειδητή αντίληψη. Αυτό αφορά κυρίως στην ψυχογενή αμνησία για προσωπικές πληροφορίες, αυτοβιογραφικές μνήμες και δεξιότητες που έχουν αποκτηθεί.

Η ανάγκη διάκρισης μεταξύ των διασχιστικών και ψυχωτικών συμπτωμάτων αποτελεί τόσο θεωρητική αναγκαιότητα όσο και πρακτική πρόκληση. Η διάσχιση αφορά σε ψυχολογικές λειτουργίες που είναι κανονικά ενσωματωμένες, αλλά ο έλεγχος της πραγματικότητας διατηρείται. Αντιθέτως, η ψύχωση αφορά σε μια κατάσταση όπου η πραγματικότητα διαστρεβλώνεται. Ωστόσο, στην πράξη, αυτή η διάκριση καθίσταται ασαφής. Η ακρόαση φωνών μπορεί να εμφανιστεί στη διασχιστική διαταραχή ταυτότητας (όπου οι φωνές συνήθως ενσαρκώνουν διασχιστικές καταστάσεις του εαυτού), καθώς και στη σχιζοφρένεια, όπου οι φωνές αποδίδονται σε εξωτερικές πηγές. Ωστόσο, η φαινομενολογική εμπειρία μπορεί να είναι αρκετά παρόμοια σε όλες τις διαγνώσεις (O'Connell et al., 2025).

Οι περιγραφές αυτών των φαινομένων δίνουν έμφαση στην υποκειμενική εμπειρία της μη πραγματικότητας, της αποστασιοποίησης και της ασυνέχειας. Η κατάσταση της αποπροσωποποίησης περιγράφεται ως ένα αίσθημα αποσύνδεσης από τον εαυτό. Οι ασθενείς αναφέρουν ότι αισθάνονται εξωτερικοί παρατηρητές των σκέψεων, των συναισθημάτων ή του σώματός τους. Συχνές περιγραφές περιλαμβάνουν το αίσθημα ότι είναι ρομπότ ή ότι βρίσκονται σε όνειρο, σε συνδυασμό με μια αίσθηση αποστασιοποίησης από το σώμα τους. Όσοι βιώνουν αποπραγματοποίηση αισθάνονται

αποσυνδεδεμένοι από το περιβάλλον τους, βρίσκοντας τον κόσμο γύρω τους θολό, ονειρικό, οπτικά παραμορφωμένο ή μη πραγματικό. Οι ασθενείς βλέπουν τα αντικείμενα, τους ανθρώπους και το περιβάλλον επίπεδα, δισδιάστατα ή μέσα από ένα πρίσμα συναισθηματικής αποστασιοποίησης (Büetiger et al., 2020).

3.2. Διασχιστικοί Υπότυποι και Ψυχωσικές Εκδηλώσεις

Τα ψυχολογικά στοιχεία μέσω των οποίων οι τύποι διάσχισης συμβάλλουν στις ψευδαισθήσεις έχουν εννοιολογηθεί μέσω γνωστικών μοντέλων που τονίζουν τα σφάλματα στην παρακολούθηση της πηγής των ερεθισμάτων και τα περιορισμένα όρια μεταξύ εαυτού και αλλήλων. Οι αλλαγές στον εαυτό που παρεμποδίζουν την ακριβή απόδοση των αυτοπαραγόμενων ψυχικών γεγονότων αφορούν κυρίως στην αποπροσωποποίηση. Στην κατάσταση αυτή, κατά την οποία το άτομο νιώθει αποκομμένο από τον ίδιο του τον εαυτό, χάνεται η καθαρή αίσθηση εαυτού και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη απόδοση των δικών του σκέψεων ή του εσωτερικού διαλόγου σε έναν εξωτερικό παράγοντα (π.χ. να μπερδέψει τις δικές του σκέψεις με εξωτερικά ηχητικά ερεθίσματα) (O'Connell et al., 2025).

Τα τελευταία χρόνια έχει επικρατήσει στη βιβλιογραφία που αφορά τη διάσχιση η θεωρητική προσέγγισή της ως δύο διακριτές διαδικασίες, που ονομάζονται «αποστασιοποίηση» και «διαμερισματοποίηση». Τα φαινόμενα της διαμερισματοποίησης χαρακτηρίζονται από την απώλεια της ικανότητας σκόπιμου ελέγχου διαδικασιών ή ενεργειών στις οποίες κανονικά ένα άτομο θα είχε εκούσια πρόσβαση, ένα φαινόμενο που είναι αναστρέψιμο, αλλά δεν είναι διαθέσιμο στον συνειδητό έλεγχο. Δηλαδή οι γνωστικές διαδικασίες, οι συναισθηματικές αντιδράσεις, οι αναμνήσεις ή η συμπεριφορά να μπορούν να λειτουργούν κανονικά εκτός της συνειδητής αντίληψης και του βουλητικού ελέγχου ενός ατόμου και να δημιουργούν ασυνέχειες στην ψυχολογική του εμπειρία αλλά να βιώνονται με τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται ως διαισθητικά σωστό. Τα φαινόμενα αποστασιοποίησης είναι ποιοτικά διαφορετικά, παρουσιάζοντας μια αλλοιωμένη κατάσταση συνείδησης στην οποία τα άτομα περιγράφουν μια αίσθηση αποχωρισμού από πτυχές της καθημερινής ζωής (όπως στην αποπραγματοποίηση ή την αποπροσωποποίηση) και αναγνωρίζονται ως μερικές φορές συνυπάρχοντα με φαινόμενα διαμερισματοποίησης (Treise et al 2021).

Η αποστασιοποίηση και το συναισθηματικό μούδιασμα στην αποπροσωποποίηση δύνανται να δημιουργήσουν τις συνθήκες υπό τις οποίες οι εσωτερικές εμπειρίες του ατόμου φαίνονται παράξενες ή εγωδυστονικές, διευκολύνοντας την εσφαλμένη απόδοση της εμπειρίας σε άλλους αντί για τον εαυτό του (Read et al., 2018).

Μια εξέταση νευροαπεικόνισης ατόμων με υψηλό κίνδυνο να εμφανίζουν ψύχωση, έδειξε ότι το 50,5% εξ' αυτών ανέφεραν κλινικά σημαντικά συμπτώματα αποπροσωποποίησης/ αποπραγματοποίησης, σε σύγκριση με το 16,5% των μαρτύρων που δε διέτρεχαν κίνδυνο να εμφανίσουν ψύχωση. Η μελέτη παρατήρησε διαταραχές στην περιφερειακή εγκεφαλική ροή αίματος στον μετωπιαίο φλοιό και στον ουραίο πυρήνα σε άτομα με αποπροσωποποίηση/αποπραγματοποίηση, υποδηλώνοντας ότι έχουν παρόμοια φαινομενολογικά αποτελέσματα, μολονότι θα μπορούσαν να οφείλονται σε διαφορετικούς υποκείμενους μηχανισμούς (Büetiger et al., 2020).

Το γνωστικό μοντέλο DT-S (Dissociative Thought-Script) προσαρμόστηκε από τη βιβλιογραφία των λειτουργικών νευρολογικών διαταραχών, το Ολοκληρωτικό Γνωστικό Μοντέλο (Integrative Cognitive Model - ICM), το οποίο αντιπροσωπεύει τον κεντρικό ρόλο της διαμερισματοποίησης στο σχηματισμό και τη διατήρηση ανεξήγητων ιατρικών συμπτωμάτων, όπως οι ψυχογενείς κρίσεις, και προτείνει ότι η διάσχιση παίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση των συμπτωμάτων. Αυτό συμβαίνει όταν οι κανονικά προσβάσιμες γνωστικές διαδικασίες διαχωρίζονται από τη συνειδητή επίγνωση, μέσω μηχανισμών που εξαρτώνται από την εκμάθηση. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, ορισμένες παραληρητικές πεποιθήσεις μπορεί να αντιπροσωπεύουν διασχιστικά γνωστικά σενάρια που λειτουργούν αυτόνομα και επηρεάζουν τη γνωστική λειτουργία, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά με τρόπο που φαίνεται διαισθητικά πειστικός. Ως αποτέλεσμα, το διασχιστικό περιεχόμενο δεν αμφισβητείται και προστατεύεται ως αναπαράσταση της πραγματικότητας διαισθητικά, αντί να αναγνωρίζεται ως παράξενο γνωστικό προϊόν. Ο ρόλος των διασχιστικών φαινομένων δηλαδή εν προκειμένω, είναι μια λειτουργία προστατευτικού χαρακτήρα, σχηματιζόμενα ως αντίδραση όταν οι άνθρωποι δεν είναι σε θέση να επεξεργαστούν τα αρνητικά συναισθήματα και το νόημα που τους αποδίδεται, είτε επειδή δυσκολεύονται να αναπαραστήσουν συμβολικά τις συναισθηματικές τους καταστάσεις, είτε επειδή η επεξεργασία των αρνητικών συναισθημάτων είναι πολύ απειλητική για αυτούς. (Treise et al., 2021).

Η συσχέτιση μεταξύ διάσχισης και αρνητικών ψυχωτικών συμπτωμάτων μπορεί να αντανακλά αλληλεπικαλυπτόμενες ψυχολογικές διεργασίες, που περιλαμβάνουν γνωστική και συναισθηματική απόσυρση (Treise et al. 2021). Τα αρνητικά συμπτώματα της ψύχωσης έχουν εννοιολογικές ομοιότητες με τη διασχιστική αμνησία και το συναισθηματικό μούδιασμα. Αυτό υποδεικνύει ένα κοινό νευροβιολογικό υπόστρωμα ή ότι ορισμένα αρνητικά συμπτώματα που ταξινομούνται ως πρωτογενή μπορεί στην πραγματικότητα να είναι διασχιστικές διαδικασίες, που διαχωρίζονται ως αποτέλεσμα τραύματος ή συναισθηματικής καταπόνησης (Grady et al., 2025). Σύμφωνα με τις πρόσφατες θεωρητικές εξελίξεις, ορισμένες ανθεκτικές και σταθερές παραληρητικές πεποιθήσεις μπορεί απλώς να είναι διασχιστικά σενάρια σκέψης ή γνωστικά σχήματα που λειτουργούν εκτός του συνειδητού.

3.3. Επιδημιολογία της Διάσχισης στην Ψύχωση

Σύμφωνα με τους Gibson et al. (2016), «οι θεωρίες για τα τραύματα της παιδικής ηλικίας υποδηλώνουν ότι οι διασχιστικές αμυντικές αντιδράσεις οδηγούν σε ψυχωτικά συμπτώματα μέσω διαταραχών στην αξιολόγηση της πραγματικότητας, καθώς και μέσω του «κατακερματισμού της αυτοβιογραφικής εμπειρίας». Τα διασχιστικά συμπτώματα κυμαίνονται με την πάροδο του χρόνου ομοίως με τα ψυχωτικά συμπτώματα.

Μια προοπτική διαχρονική μελέτη εικοσαετίας η οποία εξέτασε προοπτικά τόσο τα διασχιστικά όσο και τα συμπτώματα πρώτης τάξης της σχιζοφρένειας κατά Kurt Schneider έδειξε ότι, μολονότι η συσχέτιση της αποπροσωποποίησης/ αποπραγματοποίησης με τα ψυχωτικά συμπτώματα παρέμεινε σημαντική καθ' όλη τη διάρκεια της παρακολούθησης, η ένταση και τα μοτίβα της κυμαίνονταν ανάλογα με τις φάσεις της νόσου και τη θεραπεία (Humpston et al., 2020).

Τα ζητήματα μέτρησης και η συστηματική υποδιάγνωση αποτελούν σημαντικά μεθοδολογικά προβλήματα που παρακωλύουν την ορθή εκτίμηση της επιδημιολογίας της διάσχισης σε ψυχωτικούς πληθυσμούς. Υπάρχουν διάφοροι λόγοι για τους οποίους τα άτομα με διάγνωση ψυχωτικής διαταραχής δεν αναγνωρίζονται ως πάσχοντα από διάσχιση. Κατ' αρχάς, οι διαγνωστικές ιεραρχίες που ενσωματώνονται στο DSM-5 και στο ICD-10 εμποδίζουν σαφώς τη διάγνωση διαταραχής αποσύνδεσης, παρουσία οποιασδήποτε ψυχωσικής διαταραχής. Αυτό, με τη σειρά του, αποθαρρύνει την πλήρη

αξιολόγηση των συμπτωμάτων αποσύνδεσης σε κάποιον που έχει ήδη διαγνωστεί με ψυχωσική διαταραχή. Επιπλέον, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που ασχολούνται κυρίως με ψυχωτικούς ασθενείς είναι λιγότερο εκπαιδευμένοι για να παρατηρήσουν και να αξιολογήσουν τη διασχιστική συμπτωματολογία και συνηθίζουν να προσεγγίζουν τα ψυχοπαθολογικά φαινόμενα υπό το πρίσμα της ψύχωσης. Κατά συνέπεια, δεν θέτουν ερωτήσεις σχετικά με τη διασχιστική διαταραχή ως μέρος της ρουτίνας της κλινικής αξιολόγησης (O'Connell et al., 2025).

4. ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΟΥ ΕΞΗΓΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ–ΔΙΑΣΧΙΣΗ–ΨΥΧΩΣΗΣ

4.1. Το Τραυματικό Νευροαναπτυξιακό Μοντέλο της Ψύχωσης

Το τραυματικό νευραναπτυξιακό (ΤΝ) μοντέλο, που προτάθηκε για πρώτη φορά από τους Read et al. (2001), προσφέρει μια ολοκληρωμένη εξήγηση για το πώς τα τραύματα της παιδικής ηλικίας συμβάλλουν στην ψύχωση, συνδέοντας τις νευροβιολογικές και ψυχολογικές διεργασίες σε μοριακό, νευρωνικό και κοινωνικό επίπεδο. Η ευπάθεια στο στρες, που είναι γνωστή στις ψυχωσικές διαταραχές, δεν είναι μόνο γενετική (κληρονομική), αλλά μπορεί επίσης να προκληθεί ή να επιδεινωθεί, από τραύματα και παραμέληση κατά την παιδική ηλικία, μέσω νευροαναπτυξιακών διεργασιών (Lardinois et al., 2011).

Το ΤΝ μοντέλο υποστηρίζει πως τα τραύματα και η παραμέληση κατά την παιδική ηλικία αλλάζουν τα αναπτυσσόμενα συστήματα αντίδρασης στο στρες, ιδιαίτερα τον άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια (HPA) και τη ντοπαμινεργική νευροδιαβίβαση, μέσω μεταβολών στην έκφραση των γονιδίων, και στη διαμόρφωση των νευρωνικών κυκλωμάτων (Read et al., 2001). Οι εν λόγω τροποποιήσεις συμβαίνουν κατά τη διάρκεια ευαίσθητων αναπτυξιακών περιόδων μέγιστης πλαστικότητας, παρέχοντας στα εγκεφαλικά συστήματα μια ευάλωτη φάση έναντι των περιβαλλοντικών εισροών, που οδηγεί σε δομικά και λειτουργικά αποτελέσματα μόνιμου χαρακτήρα. Οι νευροβιολογικές επιδράσεις του τραύματος φαίνεται να επιμένουν ως φαινότυποι μεγαλύτερης αντιδραστικότητας στο στρες, μεροληπτικής επεξεργασίας της απειλής και δυσλειτουργίας των συναισθημάτων από την πρώιμη παιδική ηλικία έως την ενηλικίωση (Lardinois et al., 2011).

Αυτή η ευαισθητοποίηση στο στρες αλληλεπιδρά σωρευτικά με μεταγενέστερους στρεσογόνους παράγοντες, περιβαλλοντικούς κινδύνους και γενετικές ευπάθειες, προκαλώντας ψυχωτικά συμπτώματα μόλις ξεπεραστούν κάποια όρια (Read et al., 2001). Η αυξημένη δυσλειτουργία του άξονα HPA είναι ένα σημαντικό και καλά μελετημένο στοιχείο του ΤΝ μοντέλου. Η ρύθμιση της κορτιζόλης και η ανταπόκριση στο στρες μεταβάλλονται σε διάφορους πληθυσμούς που έχουν εκτεθεί σε τραύμα και σε άτομα με ψυχωτικές διαταραχές (Akdeniz et al., 2014).

Ο βασικός νευροενδοκρινικός άξονας στρες ή άξονας HPA, αποτελείται από την ορμόνη κορτικοτροπίνη (CRH) του υποθαλάμου, την αδρενοκορτικοτρόπο ορμόνη (ACTH) της υπόφυσης και την έκκριση κορτιζόλης από τον φλοιό των επινεφριδίων. Η τελευταία δρα με αρνητική ανατροφοδότηση ώστε να αποκατασταθεί η ισορροπία μετά το στρες. Αυτός ο ρυθμιστικός κύκλος διαταράσσεται από το πρώιμο τραύμα. Τα ευρήματα περιλαμβάνουν χρόνια αυξημένη βασική κορτιζόλη, υπερβολικές αντιδράσεις κορτιζόλης σε οξύ στρες, καθυστέρηση επαναφοράς κορτιζόλης σε φυσιολογικά επίπεδα μετά το στρες, επιπεδωμένους ημερήσιους ρυθμούς και μειωμένη ευαισθησία των υποδοχέων γλυκοκορτικοειδών, λόγω χρόνιας υπερκορτιζολαιμίας αλλά και λόγω επιγενετικών τροποποιήσεων που οδηγούν σε μειωμένη έκφραση των υποδοχέων της κορτιζόλης. Αυτές οι αλλαγές υποδηλώνουν μια δυσλειτουργία του συστήματος στρες, που συνεχίζεται και στην ενήλικη ζωή. Επίσης, προκαλούν ευρεία ευπάθεια σε ψυχοπαθολογία σχετιζόμενη με το στρες, συμπεριλαμβανομένης της ψύχωσης (Akdeniz et al., 2014).

Ένα άλλο σημαντικό συστατικό του ΤΝ μοντέλου είναι οι ντοπαμινεργικές αλλοιώσεις, κάτι που είναι λογικό δεδομένου ότι η δυσλειτουργία της ντοπαμίνης είναι ένας βασικός παράγοντας στην ψύχωση. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ευαισθητοποιημένο σύστημα ντοπαμίνης, το οποίο έχει υπερβολικές αντιδράσεις απέναντι σε μεταγενέστερους στρεσογόνους παράγοντες και προσφέρει έναν μηχανισμό, μέσω του οποίου οι πρώιμες αντιξοότητες αυξάνουν τον κίνδυνο μακροχρόνιας ψύχωσης. Μεταβολές στη δομή και στη λειτουργία του προμετωπιαίου φλοιού, της αμυγδαλής και του ιπποκάμπου έχουν παρατηρηθεί τόσο στην ομάδα που εκτέθηκε σε τραύμα όσο και σε άτομα με ψυχωσική διαταραχή, παρέχοντας συγκλίνουσες ενδείξεις για το ΤΝ μοντέλο (Akdeniz et al., 2014, Hoy et al., 2012).

Ο προμετωπιαίος φλοιός, ιδιαίτερα οι ραχιαίες και κοιλιακές περιοχές, είναι υπεύθυνος για τον εκτελεστικό έλεγχο, τη ρύθμιση των συναισθημάτων και την παρακολούθηση της πραγματικότητας, οι οποίοι συχνά διαταράσσονται στην ψύχωση. Το παιδικό τραύμα σχετίζεται με μικρότερο όγκο προμετωπιαίας φαιάς ουσίας, αλλοιωμένη συνδεσιμότητα με τις μεταιχμιακές δομές και ελαττωματική ενεργοποίηση κατά τη διάρκεια των εκτελεστικών λειτουργιών (Teicher & Samson, 2016).

Η αμυγδαλή είναι γνωστό ότι ενεργοποιεί την ανίχνευση απειλών και είναι έντονα ευαίσθητη σε άτομα που έχουν εκτεθεί σε τραύμα και σε ψυχωσικές ασθένειες με

έντονη παρανοϊκότητα. Η έκθεση σε σχετική απειλή και σε απρόβλεπτους παράγοντες μπορεί να επιτείνει την υπερδιέγερση που σχετίζεται με την απειλή και να αυξήσει τον όγκο της αμυγδαλής (Teicher & Samson, 2016).

Το παιδικό τραύμα είναι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγων του όγκου του αριστερού ιπποκάμπου και της δεξιάς αμυγδαλής στο πρώτο επεισόδιο ψύχωσης, ανεξάρτητα από τη διάγνωση. Το άγχος επηρεάζει τον ιππόκαμπο, καθώς περιέχει υποδοχείς γλυκοκορτικοειδών. Σύμφωνα με μετα-αναλυτικά στοιχεία, το παιδικό τραύμα έχει ισχυρή συσχέτιση με χαμηλότερο όγκο ιππόκαμπου, αν και ο τύπος, ο χρόνος και η χρονιότητα του τραύματος μπορεί να επηρεάσουν αυτό το αποτέλεσμα. Ο ιππόκαμπος διαδραματίζει πολλούς ρόλους, όπως η δηλωτική μνήμη, η επεξεργασία του πλαισίου, η διάσχιση προτύπων και η αρνητική ανάδραση HPA. Έτσι, η βλάβη του ιπποκάμπου δύναται να διαταράξει ταυτόχρονα τη μνήμη, τη διάκριση του πλαισίου και τη ρύθμιση του στρες, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε ψύχωση (Mackes et al., 2020).

4.2. Ψυχολογικά Μοντέλα

Μολονότι το ΤΝ μοντέλο δίνει έμφαση στους νευροβιολογικούς μηχανισμούς, τα ψυχολογικά μοντέλα εστιάζουν στις γνωστικές, συναισθηματικές και διαπροσωπικές διαδικασίες. Οι τελευταίες μεσολαβούν στις σχέσεις μεταξύ παιδικού τραύματος, διάσχισης και ψύχωσης στο επίπεδο της υποκειμενικής εμπειρίας και της δημιουργίας νοήματος (Wykes et al., 2008).

Τα ψυχολογικά μοντέλα στοχεύουν στον εντοπισμό των ακριβών νοητικών λειτουργιών και των υποκειμενικών εμπειριών, μέσω των οποίων το τραύμα προκαλεί ευαισθησία στην ψύχωση, καθοδηγώντας τελικά στοχευμένες παρεμβάσεις. Σύμφωνα με τους Treise et al. (2021), μια βασική αρχή αυτών των μοντέλων είναι ότι η διάσχιση είναι μια προσαρμοστική αντίδραση στο τραύμα.

Οι σύγχρονοι θεωρητικοί που ακολούθησαν τον Janet θεωρούν τη διάσχιση ως μια αμυντική αντίδραση σε συντριπτικά γεγονότα, που δεν μπορούν να ενσωματωθούν. Σε περιπτώσεις σοβαρής απειλής, πόνου ή παραβίασης, η μη συνειδητοποίηση ενός γεγονότος μπορεί να μειώσει την οξεία δυσφορία και να επιτρέψει την ψυχολογική

επιβίωση, αν και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μεταγενέστερη δυσπροσαρμογή (O'Connell et al., 2025).

Η διάσχιση ως μεσολαβητής είναι ο πιο ευρέως μελετημένος ψυχολογικός μηχανισμός που συνδέει το τραύμα με την ψύχωση. Τα μοντέλα μεσολάβησης υποδεικνύουν ότι το τραύμα αυξάνει τον κίνδυνο ψύχωσης, καθώς αυξάνει τις τάσεις διάσχισης. Με άλλα λόγια, η διαδρομή «τραύμα → διάσχιση → ψύχωση» είναι πιο ακριβής από τη διαδρομή «τραύμα → ψύχωση» (Gibson et al., 2016). Μια μετα-ανάλυση των ψυχολογικών μεσολαβητών μεταξύ του αναπτυξιακού τραύματος και συγκεκριμένων ψυχωτικών συμπτωμάτων κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η διάσχιση είναι ένας από τους πιο σταθερά σημαντικούς μεσολαβητές (Alameda et al., 2020).

Η διατάραξη του συστήματος προσκόλλησης είναι μια διαδρομή ξεχωριστή αλλά συμπληρωματική της παραπάνω. Περιλαμβάνει την επίδραση του τραύματος στο σύστημα προσκόλλησης και στα εσωτερικά μοντέλα λειτουργίας του εαυτού και των άλλων. Σύμφωνα με τη θεωρία της προσκόλλησης που διατύπωσε ο Bowlby, η φροντίδα στην πρώιμη ηλικία διαμορφώνει διαρκείς προσδοκίες για την αυτοεκτίμηση, τη διαθεσιμότητα των άλλων, τη ρύθμιση των συναισθημάτων και τις αντιδράσεις στο άγχος (Petrwoski et al., 2021). Τα παιδιά που βιώνουν τραύμα, παραμέληση ή ασυνεπή φροντίδα αναπτύσσουν ανασφαλή ή αποδιοργανωμένη προσκόλληση στους φροντιστές τους. Μια τέτοια προσκόλληση καλλιεργεί δυσπιστία προς τους άλλους, ευαισθησία στην απόρριψη και αντίληψη απειλής στις σχέσεις. Επιπλέον, το τελευταίο μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ψυχωτικών εμπειριών.

Ο παρανοϊκός ιδεασμός και οι ψευδαισθήσεις που εμπεριέχουν θέματα υποταγής και κοινωνικής απειλής μπορούν να εξηγηθούν από το πλαίσιο της κοινωνικής κατάταξης και της ντροπής. Σύμφωνα με τη θεωρία της κοινωνικής ήττας, οι άνθρωποι έχουν υψηλή ευαισθησία στην ιεραρχία και στη σχετική κοινωνική θέση. Η αντίληψη της χαμηλής κοινωνικής κατάταξης ή η κοινωνική ήττα μπορεί να προκαλέσει απόσυρση, υποτακτική συμπεριφορά και αυξημένη επαγρύπνηση έναντι της εχθρότητας των άλλων (Selten et al., 2013, Sitko et al., 2014).

Ως αποτέλεσμα παιδικού τραύματος, περιθωριοποίησης ή χρόνιας ταπείνωσης, τα σχήματα χαμηλής τάξης και ντροπής μπορεί να εδραιωθούν, εκπεφρασμένα αργότερα ως παρανοϊκός ιδεασμός και παραληρητικές ιδέες δίωξης. Η συναισθηματική

δυσλειτουργία είναι ένα άλλο σημαντικό στοιχείο μέσω του οποίου το τραύμα μπορεί να προάγει ψυχωτικά συμπτώματα (Grady et al., 2025).

Η συναισθηματική δυσλειτουργία έχει πολλές πτυχές. Αυτές περιλαμβάνουν προβλήματα στην αναγνώριση των συναισθημάτων (π.χ. αλεξιθυμία), στη ρύθμιση της έντασης και της διάρκειάς τους, στην πρόσβαση σε στρατηγικές προσαρμογής (π.χ. επανεκτίμηση, επίλυση προβλημάτων) και στην υπερβολική χρήση στρατηγικών μη προσαρμογής (π.χ. στοχασμός, καταστολή και αυτοκατηγορία). Η δυσλειτουργία που σχετίζεται με το τραύμα μπορεί να προκαλέσει αύξηση της δυσφορίας από τραυματικές εμπειρίες, να οδηγήσει σε καταστάσεις που μοιάζουν με ψύχωση και να εμποδίσει την ανάρρωση των ασθενών (Grady et al., 2025).

4.3. Ολοκληρωμένα Βιοψυχοκοινωνικά Μοντέλα

Οι νευροβιολογικές και ψυχολογικές προσεγγίσεις θεωρούνται περισσότερο συμπληρωματικές μεταξύ τους παρά ανταγωνιστικές και μπορούν να ενσωματωθούν σε ένα ευρύτερο βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο. Τα ολοκληρωμένα βιοψυχοκοινωνικά μοντέλα συνδυάζουν βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές εξηγήσεις, τα οποία αναγνωρίζουν την πολυπαραγοντική αιτιολογία της ψύχωσης και προσδιορίζουν τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ αυτών των παραγόντων. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του Engel (1977) προτείνει ότι οι συναισθηματικές διαταραχές αντανακλούν την αλληλεπίδραση μιας «βιοϊατρικής» διαταραχής με την υποκειμενική εμπειρία ενός ατόμου και το κοινωνικό του πλαίσιο.

Ένα αυξανόμενο σύνολο μελετών υπογραμμίζει πώς η έκθεση σε τραύμα στην πρώιμη ζωή αλληλεπιδρά με τις νευροαναπτυξιακές διεργασίες για τη διαμόρφωση των εγκεφαλικών κυκλωμάτων που εμπλέκονται σε συστήματα που σχετίζονται με την ψύχωση, συμπεριλαμβανομένης της ρύθμισης του στρες, της επεξεργασίας ανταμοιβής και της κοινωνικής νόησης (O'Brien et al., 2025).

Τα υποψήφια γονίδια-μεσολαβητές περιλαμβάνουν εκείνα που σχετίζονται με τη ντοπαμίνη (COMT, DRD2), τη νευροπλαστικότητα (BDNF), τη σηματοδότηση των κανναβινοειδών (CNR1) και τη ρύθμιση του HPA. Η γενετική προδιάθεση ενός ατόμου φαίνεται να διαμορφώνει τις διαδρομές του τραύματος που οδηγούν στην ψύχωση. Ως εκ τούτου, τα στοιχεία αυτά υποστηρίζουν μοντέλα πολλαπλών επιπέδων.

Οι μελλοντικές κατευθύνσεις υποδηλώνουν πιο εξελιγμένες ολοκληρωμένες προσεγγίσεις. Μοντέλα πολυεπίπεδων αναλύσεων που μετρούν ταυτόχρονα γενετικές, επιγενετικές, νευροβιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές μεταβλητές, χρησιμοποιώντας κατάλληλη στατιστική μεθοδολογία που μπορεί να αντιμετωπίσει σύνθετα αποτελέσματα αλληλεπίδρασης, θα αποτελούσαν ένα βήμα προόδου σε σχέση με τα τρέχοντα μοντέλα ενός ή δύο επιπέδων (Moffitt et al., 2011).

5. ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΑΣΧΙΣΤΙΚΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΑ ΩΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΙΚΟ ΣΤΟΙΧΕΙΟ

5.1. Μετα-αναλυτικά Στοιχεία και Μέγεθος Επίδρασης

Μετα-αναλυτικά δεδομένα υποδεικνύουν έναν μεσολαβητικό ρόλο της διάσχισης μεταξύ του παιδικού τραύματος και των ψυχωτικών συμπτωμάτων. Μια μεγάλη συστηματική ανασκόπηση μελέτησε άρθρα που περιελάμβαναν στο σύνολο 20.436 άτομα και αποκάλυψαν ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ των διασχιστικών εμπειριών και των θετικών ψυχωσικών συμπτωμάτων, με ιδιαίτερα ισχυρές συσχετίσεις για ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες και παρανοϊκό ιδεασμό (Longden et al., 2020).

Οι Bloomfield et al. (2021) πραγματοποίησαν μια συστηματική ανασκόπηση 22 μελετών που έδειξαν ότι η σχέση μεταξύ του παιδικού τραύματος και των ψευδαισθήσεων μεσολαβείται σημαντικά από διασχιστικές διαδικασίες, συναισθηματική δυσλειτουργία και συμπτώματα PTSD. Τα αρνητικά γνωστικά σχήματα σχετικά με τον εαυτό, τον κόσμο και τους άλλους ανθρώπους προσδιορίστηκαν ως μεσολαβητές στις διαδρομές που οδηγούν από το αναπτυξιακό τραύμα στην ανάπτυξη παραληρητικών ιδεών και παρανοϊκού ιδεασμού.

Όπως προαναφέρθηκε, στη μετα-ανάλυση των Zhou et al. (2025) βρέθηκε μια συνολική αναλογία πιθανοτήτων (OR) 2,80 για ψυχωσικές διαταραχές σε άτομα που έχουν βιώσει αντιξοότητες στην παιδική ηλικία. Έχει εκτιμηθεί ότι περίπου το ένα τρίτο των περιπτώσεων ψύχωσης μπορεί να αποδοθεί σε τραύματα στην παιδική ηλικία, σύμφωνα με έναν πληθυσμιακό αποδοτέο κίνδυνο 33%.

Οι Flinn et al. (2025) πραγματοποίησαν πρόσφατα την πρώτη ολοκληρωμένη μετα-ανάλυση δόσης-απόκρισης, εξετάζοντας 21 μελέτες (59.975 συμμετέχοντες). Η ανάλυση διαπίστωσε σημαντικές μη γραμμικές σχέσεις μεταξύ του πλήθους των τραυμάτων στην παιδική ηλικία και των ψυχωτικών εμπειριών. Ο συνδυασμένος λόγος πιθανοτήτων για μία μόνον έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός ήταν 1,76. Αυτός αυξήθηκε σε 6,46 για πέντε ή περισσότερες τέτοιες εκθέσεις. Έτσι, παρατηρήθηκε επιταχυνόμενος κίνδυνος, με την αύξηση των επιπέδων τραύματος (Flinn et al., 2025).

Ο διαγνωστικός μεσολαβητής της διάσχισης μεταξύ του τραύματος και του φάσματος των συμπτωμάτων PTSD-ψύχωσης έχει καθοριστεί από τους Liu et al. (2025), γεγονός

που υπογραμμίζει τη ψυχοπαθολογία που σχετίζεται με το τραύμα. Όλες οι μελέτες κατέληξαν σε ευρήματα που συνάδουν με τον μεσολαβητικό ρόλο της διάσχισης, παρά την ετερογένεια του σχεδιασμού, των μετρήσεων και τ πληθυσμών (Bloomfield et al., 2021).

5.2. Ειδικά Μονοπάτια για Κάθε Σύμπτωμα

Η επίδραση του τραύματος στην ψύχωση μπορεί να περάσει από διαδικασίες αποσύνδεσης ή αισθητηριακής διαμόρφωσης. Ποικίλες έρευνες έχουν αναδείξει ότι τα αποσυνδετικά φαινόμενα μεσολαβούν στη σχέση μεταξύ παιδικού τραύματος και ακουστικών ψευδαισθήσεων. Οι επιδράσεις του παιδικού τραύματος στην τάση για διαταραχές αντίληψης ενισχύονται από τα αποσυνδετικά συμπτώματα, ειδικά στην περίπτωση της σεξουαλικής κακοποίησης (Varese et al., 2012).

Η αποπροσωποποίηση είναι ο διασχιστικός υπότυπος που συνδέεται πιο έντονα με τις ψευδαισθήσεις, σύμφωνα με τους Perona-Garcelán et al. (2012). Στη μελέτη τους συμμετείχαν 71 ασθενείς με διάγνωση ψυχώσεων, που αξιολογήθηκαν με την Κλίμακα Διασχιστικών Εμπειριών (DES-II), ένα ερωτηματολόγιο για το τραύμα (TQ) και τα ερωτήματα παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων της Κλίμακας Θετικών και Αρνητικών Συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας (PANSS). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το παιδικό τραύμα συσχετίστηκε θετικά με τις βαθμολογίες της κλίμακας διάσχισης ($r = 0,40$) και επίσης με τις βαθμολογίες της κλίμακας ψευδαισθήσεων ($r = 0,36$) και παραληρητικών ιδεών ($r = 0,32$). Επιπλέον, αποδείχθηκε ότι η μεταβλητή διάσχισης ήταν ένας πιθανός μεσολαβητής μεταξύ του παιδικού τραύματος και των ψευδαισθήσεων, αλλά όχι μεταξύ του παιδικού τραύματος και των παραληρητικών ιδεών. Το κύριο συμπέρασμα είναι ότι η επίδραση του παιδικού τραύματος στις ψευδαισθήσεις μπορεί να μην είναι απλώς άμεση, αλλά να προκαλείται από διασχιστικές εμπειρίες, ιδίως από την αποπροσωποποίηση. Από τους τρεις παράγοντες της Κλίμακας Διασχιστικών Εμπειριών, μόνον η αποπροσωποποίηση μεσολάβησε σημαντικά στις σχέσεις παιδικού τραύματος-ψευδαισθήσεων, υποδηλώνοντας ότι η αποσύνδεση από τον εαυτό συμβάλλει στην εσφαλμένη απόδοση εσωτερικών ψυχικών γεγονότων ως εξωτερικών αντιλήψεων.

Οι Longden et al. (2020) δεν βρήκαν εντυπωσιακές διαφορές στις αντιστοιχίες τύπων διάσχισης με τα ψυχωσικά συμπτώματα, αν και σε ορισμένες αναλύσεις η

«απορρόφηση» φάνηκε να συνδέεται περισσότερο με ψυχωσικές εμπειρίες σε μη κλινικά δείγματα. Ενώ η πλειονότητα της βιβλιογραφίας που εξετάζει τις συνδέσεις μεταξύ διάσχισης και ψύχωσης έχει επικεντρωθεί κυρίως στις ψευδαισθήσεις, οι τρέχουσες αναλύσεις υποδηλώνουν ότι τα αποσυνδετικά φαινόμενα σχετίζονται έντονα με πολλαπλά θετικά συμπτώματα και φαίνεται να σχετίζονται με υψηλότερη αποδιοργάνωση. Αντίθετα, οι συσχετίσεις με αρνητικά συμπτώματα ήταν σημαντικά μικρότερου μεγέθους (Longden et al., 2020).

Υπάρχουν διαφορετικές διαδρομές για τα αρνητικά συμπτώματα, με την συναισθηματική παραμέληση να αποτελεί βασικό παράγοντα κινδύνου. Τα ευρήματα των Degnan et al. (2022) αποκάλυψαν ότι η αποδιοργανωμένη προσκόλληση και οι διασχιστικές εμπειρίες μεσολάβησαν τη σχέση μεταξύ του τραύματος στην παιδική ηλικία και των αρνητικών συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα, τα αρνητικά συμπτώματα συνδέθηκαν με συναισθηματική και σωματική παραμέληση, με τη συναισθηματική παραμέληση να σχετίζεται στενότερα με τη συνολική σοβαρότητα της νόσου. Η ισχυρότερη συσχέτιση ήταν με την απαθή κοινωνική απόσυρση και με τη συναισθηματική απόσυρση (Uyan et al., 2022).

Οι τύποι προσκόλλησης επηρεάζουν τις σχέσεις μεταξύ τραύματος και ψύχωσης. Όπως αποκαλύπτει η μελέτη των Rossi et al. (2023), η επίδραση του παιδικού τραύματος στις ψυχωτικές εμπειρίες διαμεσολαβείται από την ανασφαλή προσκόλληση. Ο αποφευκτικός-ανασφαλής δεσμός προσκόλλησης συνδέεται με μειωμένη διαπροσωπική ανθεκτικότητα, επηρεάζοντας την επίδραση του πρόσφατου τραύματος στις ψυχωτικές εμπειρίες. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ υψηλότερου επιπέδου κοινωνικής υποστήριξης και χαμηλότερης σοβαρότητας των ψυχωτικών συμπτωμάτων.

Οι άνδρες και οι γυναίκες αντιδρούν διαφορετικά στις τραυματικές εμπειρίες. Σύμφωνα με μια μελέτη που διεξήχθη από τους Pruessner et al. (2019), στους άνδρες η συναισθηματική κακοποίηση προέβλεπε τη σοβαρότητα των θετικών συμπτωμάτων, ενώ η συναισθηματική παραμέληση προέβλεπε σοβαρά αρνητικά συμπτώματα. Στις γυναίκες, το τραύμα της παιδικής ηλικίας συνδέεται κυρίως με υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης. Αυτό θα μπορούσε να εξηγήσει την χειρότερη πορεία της νόσου που παρατηρείται στους άρρενες ασθενείς.

Η σεξουαλική κακοποίηση συσχετίστηκε με υψηλότερους λόγους πιθανοτήτων μεταξύ των γυναικών θυμάτων. Τα θετικά ψυχωτικά συμπτώματα συσχετίστηκαν πιο έντονα με τη σκόπιμη βλάβη και κακομεταχείριση παρά με την ακούσια βλάβη. Οι συννοσηρές καταστάσεις αποτελούν σημαντικούς μεσολαβητές. Η ανάλυση δικτύου αποκάλυψε περίπλοκες συνδέσεις μεταξύ παιδικού τραύματος, διάσχισης, ψυχωτικών συμπτωμάτων και άλλων ψυχικών διαταραχών (Levi et al., 2025).

6. ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ-ΔΙΑΣΧΙΣΗΣ-ΨΥΧΩΣΗΣ

6.1. Εργαλεία Διαλογής και Αξιολόγησης

Το Ερωτηματολόγιο Παιδικού Τραύματος (Childhood Trauma Questionaire) είναι το πιο ευρέως επικυρωμένο ερωτηματολόγιο για την αναδρομική αναφορά εμπειριών παιδικού τραύματος. Αυτή η αξιολόγηση περιλαμβάνει συνολικά 28 στοιχεία που αφορούν συναισθηματική, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, συναισθηματική και σωματική παραμέληση. Το CTQ-SF (short form) παρουσιάζει καλή αξιοπιστία σε διάφορους πληθυσμούς. Σύμφωνα με μια συστηματική ανασκόπηση των 52 αυτοαναφορών κακοποίησης στην παιδική ηλικία, το CTQ είναι το μόνο μέτρο με επαρκή αξιοπιστία και εγκυρότητα στα περισσότερα πρότυπα. Επιπλέον, το CTQ έχει τις καλύτερες συνολικές ψυχομετρικές ιδιότητες (Li et al., 2023).

Ωστόσο, το CTQ-SF, είναι ευάλωτο σε μεροληψία ανάμνησης και η ακρίβεια της μνήμης του τραύματος επηρεάζεται από την τρέχουσα ψυχική κατάσταση, το χρονικό διάστημα από την έκθεση και τις αμυντικές διαδικασίες. Ομοίως, προϋποθέτει επαρκή γραμματισμό και διορατικότητα, γεγονός που το καθιστά δύσχρηστο σε ορισμένους κλινικούς πληθυσμούς, ενώ πολιτισμικοί παράγοντες επηρεάζουν τόσο την αποκάλυψη όσο και την ερμηνεία των δεδομένων. Μολονότι δεν είναι χωρίς περιορισμούς, η χρήση του με την δέουσα προσοχή παραμένει ο χρυσός κανόνας της έρευνας και κλινικής αξιολόγησης του παιδικού τραύματος (Peng et al., 2023).

Η Κλίμακα Διασχιστικών Εμπειριών-II (DES-II), είναι η πιο συχνά εφαρμοζόμενη κλίμακα διάσχισης. Αυτό το εργαλείο έχει 28 στοιχεία που αξιολογούν τα διασχιστικά φαινόμενα των ατόμων. Οι ερωτηθέντες εκτιμούν το ποσοστό του χρόνου που αισθάνονται κάθε σύμπτωμα σε μια κλίμακα 11 βαθμών από 0% («Ποτέ») έως 100% («Πάντα»). Η DES-II παρέχει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια και αποδεικτικά στοιχεία για συγκλίνουσα εγκυρότητα. Οποιαδήποτε βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση με 30 υποδηλώνει διασχιστική διαταραχή ή PTSD. Μόλις το 1% των ατόμων με Διασχιστική Διαταραχή Ταυτότητας έχουν βαθμολογία κάτω από αυτό το όριο (Carlson & Putnam, 1993, Tzikos et al., 2021).

Η λίστα ελέγχου τραυμάτων και γεγονότων της ζωής [Trauma and Life Events (TALE) checklist] είναι ένα εργαλείο διαλογής που σχεδιάστηκε για την τυποποιημένη διαλογή τραυμάτων σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η λίστα ελέγχου 20 στοιχείων αξιολογεί τραυματικές/δυσμενείς εμπειρίες στην παιδική/ενήλικη ζωή από το οικογενειακό/κοινωνικό/περιβαλλοντικό πλαίσιο. Υπάρχουν τέσσερα στοιχεία που δύνανται να σχετίζονται με την ψύχωση: η ύπαρξη ψυχωτικών εμπειριών (ακουστικές ψευδαισθήσεις, «οράματα», παρανοϊκός ιδεασμός), ριψοκίνδυνες ή ντροπιαστικές συμπεριφορές, τραυματική επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας (ακούσια χορήγηση φαρμάκων, μηχανική καθήλωση) ή επαφή με υπηρεσίες υγείας ή δικαιοσύνης που προκάλεσαν αναστάτωση. Οι ερωτηθέντες αναφέρουν εάν έχουν υποστεί το συμβάν, πόσες φορές, πόσων ετών ήταν την πρώτη φορά που συνέβη, εάν κάποια συμβάντα που σταμάτησαν τουλάχιστον πριν από ένα μήνα εξακολουθούν να έχουν αντίκτυπο σε αυτούς, πόσο θα βαθμολογούσαν αυτόν τον αντίκτυπο εκείνη τη στιγμή, σε μια κλίμακα από 0 («καθόλου») έως 10 («εξαιρετικά επηρεασμένος»). Το TALE είναι αρκετά σύντομο για καθημερινή κλινική χρήση αλλά, ωστόσο, αρκετά περιεκτικό ώστε να περιλαμβάνει σχετικές δυσκολίες για τις ψυχώσεις, μολονότι απαιτείται περαιτέρω επικύρωση σε ένα ευρύ φάσμα ψυχωσικών διαταραχών και εθνοτήτων (Carr et al., 2018). Κατά την εφαρμογή του, η επιλογή των μέτρων θα πρέπει να εξαρτάται από τους στόχους της αξιολόγησης (π.χ. παιδική ηλικία έναντι πρόσφατου τραύματος ή έναντι τραύματος σχετιζόμενου με ψύχωση), τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού και τους χρονικούς περιορισμούς.

Η χρήση συνδυαστικά διαφόρων εργαλείων (CTQ-SF, DES-II, TALE) συχνά παρέχει την καλύτερη αξιολόγηση.

6.2. Κλινικές Διαγνωστικές Εκτιμήσεις

Είναι κλινικά δύσκολο να διαφοροποιηθεί οποιοδήποτε διασχιστικό σύμπτωμα από οποιοδήποτε ψυχωτικό σύμπτωμα, λόγω της αλληλεπικάλυψης μεταξύ των δύο. Οι διαταραχές στην αντίληψη, η αποπραγματοποίηση, η αποπροσωποποίηση και η αδυναμία ενσωμάτωσης μπορεί να είναι κοινά και στα δύο (Loewenstein, 2018).

Τα άτομα με διασχιστικές διαταραχές συχνά βιώνουν σημαντικά διασχιστικά συμπτώματα και ένα υψηλό φορτίο θετικών ψυχωτικών συμπτωμάτων. Η εμπειρία των διασχιστικών φαινομένων δεν περιορίζεται στις διασχιστικές διαταραχές. Τα άτομα με

σχιζοφρένεια, μείζονα καταθλιπτική, διπολική, μετατραυματική και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή τα εμφανίζουν επίσης, γεγονός που καθιστά δύσκολη την σαφή κατηγοριοποίησή τους (Loewenstein, 2018).

Τα χαρακτηριστικά της κλινικής εμφάνισης βοηθούν στη διαφορική διάγνωση. Το να πιστεύει ότι ακούει κάποιος τις φωνές των παιδιών του μπορεί να οφείλεται σε μια σύνθετη διασχιστική διαταραχή και όχι σε ψύχωση. Σύμφωνα με τον Loewenstein (2018), το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων που σχετίζεται με τραύμα αντανακλά το τραύμα και είναι πιο αντιδραστικό στο περιβάλλον, σε σύγκριση με πολλές πρωτογενείς ψυχωτικές ψευδαισθήσεις.

Τα διασχιστικά συμπτώματα συνήθως προκαλούνται από άγχος και υπενθυμίσεις του τραύματος, όμως είναι επεισοδιακά και εξαρτώνται από το περιβάλλον, ενώ τα ψυχωτικά συμπτώματα είναι πιο συχνά και σταθερά. Οι καλά δομημένες κλινικές συνεντεύξεις μπορούν να είναι χρήσιμες για τη μελέτη των χρονικών συσχετισμών μεταξύ της έκθεσης στο τραύμα, της εμφάνισης των συμπτωμάτων και της επιδείνωσής τους με την πάροδο του χρόνου (Loewenstein, 2018).

Μια βασική διαφορική διάγνωση είναι μεταξύ του PTSD με ψυχωτικά ή διασχιστικά χαρακτηριστικά και της πρωτοπαθούς ψυχωτικής διαταραχής με συννοσηρότητα PTSD. Σύμφωνα με τους Fung et al. (2025), τα παθολογικά, γενετικά και βιοκοινωνικά χαρακτηριστικά του PTSD με δευτερογενή ψυχωτικά χαρακτηριστικά, διαφέρουν από μια ψυχωτική διαταραχή. Ο διασχιστικός υπότυπος του PTSD παρουσιάζεται με επίμονη αποπροσωποποίηση και αποπραγματοποίηση, που σχετίζονται με υπενθυμίσεις του τραύματος. Αυτό πρέπει να διακρίνεται τόσο από τις διασχιστικές όσο και από τις ψυχωτικές διαταραχές. Διαχρονικές μελέτες υποδηλώνουν ότι υπάρχει αμφίδρομη σχέση μεταξύ των συμπτωμάτων του σύνθετου PTSD, της διασχιστικής διαταραχής και των θετικών ψυχωτικών συμπτωμάτων. Συγχρόνως, τα βασικά διασχιστικά συμπτώματα προηγούνται ενίοτε της εμφάνισης ψυχωτικών εμπειριών. Η διάγνωση του PTSD επιτυγχάνεται με ακρίβεια όταν τα σημάδια εμφανίζονται σε συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο που μπορεί να ταυτιστεί με ένα αναγνωρίσιμο τραύμα, όταν υπάρχει το πλήρες σύμπλεγμα των συμπτωμάτων του PTSD, και επίσης όταν τα ψυχωτικά φαινόμενα εμφανίζονται μαζί με το τραύμα. (Fung et al., 2025).

Η κλινική συνέντευξη εξακολουθεί να είναι ζωτικής σημασίας για τη διάγνωση αυτού του συνδρόμου. Σύμφωνα με τους Sun et al. (2018), η Δομημένη Κλινική Συνέντευξη

για Διαταραχές Διάσχισης (SCID-D (Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders)) επιτρέπει την εις βάθος φαινομενολογική αξιολόγηση, καθώς και την ακριβέστερη διαφορική διάγνωση.

Όταν η διάγνωση δεν είναι σαφής, το άτομο θα πρέπει να αξιολογείται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Έτσι, επιτρέπεται η παρατήρηση του τρόπου λειτουργίας του σε διάφορα περιβάλλοντα. Αυτό βοηθά τις ιστορίες τραύματος να αναδύονται σταδιακά, καθώς το επίπεδο εμπιστοσύνης αρχίζει να αυξάνεται (Mitchell et al., 2020).

Υπάρχουν πολιτισμικές διαφορές στον τρόπο έκφρασης της δυσφορίας, στα μοντέλα συμπτωμάτων και εξηγήσεων, στο εάν πρέπει να γίνει αποδεκτή η αποκάλυψη του τραύματος και στις εμπειρίες διάσχισης και ψύχωσης. Για την ακριβή αξιολόγηση ενός παιδιού, απαιτούνται προσαρμοσμένες αξιολογήσεις που λαμβάνουν υπόψιν τις οικογενειακές δομές, τις κοινωνικές προσδοκίες, την πολιτισμική ταυτότητα και τις προτιμήσεις για τη γλώσσα και την επικοινωνία. Η κρίση κάποιου μπορεί να είναι ακριβής μόνον όταν υπάρχει μια ασφαλής και ουδέτερη θεραπευτική σχέση. Οι τραυματικές αναμνήσεις και οι διασχιστικές εμπειρίες συνήθως δεν εκδηλώνονται μέχρι να δημιουργηθεί μια επαρκής θεραπευτική σχέση (Mitchell et al, 2020).

6.3. Εφαρμογή στις Υπηρεσίες Έγκαιρης Παρέμβασης

Ένας σημαντικός αριθμός ατόμων που απευθύνονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας αναφέρει τραύματα κατά την παιδική ηλικία. Το ποσοστό αυτό κυμαίνεται μεταξύ 72% για συναισθηματική κακοποίηση, 38% για σεξουαλική και σωματική κακοποίηση, ως 28% για θέαση θανάτου, αυτοκτονίας ή σοβαρής σωματικής βλάβης κοντινού προσώπου (Degnan et al., 2022).

Ωστόσο, ο έλεγχος για τραύμα δεν πραγματοποιείται συστηματικά στην πρώτη γραμμή. Όπως διαπιστώθηκε στη μελέτη των Zhou et al. (2025), το 52% των ασθενών που βιώνουν ένα πρώτο επεισόδιο ψύχωσης έχουν υποστεί στο παρελθόν κάποια μορφή κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία και το 43% κάποια μορφή παραμέλησης κατά την ίδια χρονική περίοδο

Λόγω των απαιτήσεων των υπηρεσιών, καθώς και της έλλειψης χρόνου, η αξιολόγηση του τραύματος συχνά παραλείπεται. Ορισμένες υπηρεσίες αντιλαμβάνονται εννοιολογικά το τραύμα ως ξεχωριστό από την ψύχωση, αλλά αυτό είναι ένας

αιτιολογικός και συντηρητικός παράγων που πρέπει να ενσωματωθεί στη θεραπεία (Mitchell et al, 2020).

Οι κλινικοί ιατροί πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι στη φροντίδα με γνώμονα το τραύμα και στην ειδική αξιολόγηση του τραύματος. Πολλοί κλινικοί, όπως αναφέρουν οι Mitchell et al. (2020), αισθάνονται άβολα να ρωτήσουν για το τραύμα, δεν είναι σίγουροι για το πώς να ανταποκριθούν στις αποκαλύψεις τραύματος και φοβούνται τον επανατραυματισμό.

Οι Hardy et al. (2022) αποδεικνύουν ότι η αξιολόγηση και η θεραπεία που εστιάζουν στο τραύμα αποφέρουν οφέλη και μπορούν να εφαρμοστούν με ασφάλεια σε άτομα με ψύχωση, αλλά οι φόβοι για πρόκληση βλάβης παραμένουν. Η απουσία εποπτείας και υποστήριξης στην αντιμετώπιση του συναισθηματικού αντίκτυπου της εργασίας με τραυματικές εμπειρίες μπορεί να αποτρέψει περαιτέρω τους κλινικούς ιατρούς από το να το αντιμετωπίσουν.

Η αποκάλυψη του τραύματος καθορίζεται από παράγοντες που σχετίζονται με τον εκάστοτε ασθενή. Συχνά, τα άτομα με πρώιμη ψύχωση δε βλέπουν πώς το τραύμα στη ζωή τους σχετίζεται με το πρόβλημά τους, ιδιαίτερα εάν η ψυχοεκπαίδευση που έλαβαν δεν ανέφερε συγκεκριμένα τη σχέση μεταξύ τραύματος και ψύχωσης (Folk et al., 2020).

Πολλοί άνθρωποι μπορεί να ντρέπονται για το τραύμα τους, να φοβούνται ότι θα κριθούν από τους άλλους ή να ανησυχούν ότι η αποκάλυψη αυτών των πληροφοριών θα επηρεάσει τη λήψη κλινικών αποφάσεων. Τα άτομα που προέρχονται από περιθωριοποιημένα περιβάλλοντα είναι λιγότερο πιθανό να αποκαλύψουν το τραύμα τους, λόγω του στίγματος και των προηγούμενων εμπειριών τους.

Για να ξεπεραστούν αυτά τα εμπόδια, απαιτείται μια συστημική αλλαγή στην οργάνωση. Όλες οι εισαγωγές σε υπηρεσίες έγκαιρης παρέμβασης θα πρέπει να χρησιμοποιούν ένα επικυρωμένο εργαλείο για το τραύμα, ιδανικά ένα σύντομο εργαλείο διαλογής, ως τυπική πρακτική. Μια ακριβής διάγνωση πρέπει να ακολουθείται από μια διεξοδική αξιολόγηση του τραύματος, του PTSD και της διάσχισης.

Σύμφωνα με τους Mitchell et al. (2020), η έγκαιρη παρέμβαση στην ψύχωση καθοδηγείται από τις 16 αρχές. Αυτές περιλαμβάνουν την προστασία των θυμάτων από

περαιτέρω κακοποίηση, τη λήψη συγκατάθεσης πριν από την παρέμβαση, τη δημιουργία θεραπευτικής συμμαχίας, τη συζήτηση του τραύματος και την προτεραιότητα στην αξιοπιστία, στην ενσυναίσθηση, στη μη κρίση και στη σωματική και ψυχολογική ασφάλεια.

Η εφαρμογή αυτών των αρχών μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω δράσεων όπως: η παροχή σαφών εξηγήσεων σχετικά με την αξιολόγηση, η παροχή επιλογών σχετικά με το χρονοδιάγραμμα και το περιβάλλον, και η σαφής παροχή ελέγχου σχετικά με το χρονοδιάγραμμα της αποκάλυψης του τραύματος. Όλες οι υπηρεσίες πρέπει να καταγράφουν το ιστορικό του τραύματος και τα τρέχοντα μετατραυματικά συμπτώματα με συστηματικό τρόπο και να διασφαλίζουν εξαρχής ότι αυτά λαμβάνονται υπόψιν στα ατομικά σχέδια φροντίδας.

Τα πλαίσια που λαμβάνουν υπόψιν το τραύμα είναι καθοριστικής σημασίας. Διατυπώνονται σαφείς συσχετισμοί μεταξύ τραύματος, διάσχισης, μετατραυματικών αντιδράσεων και ψυχωτικών συμπτωμάτων. Αυτά τα πλαίσια μπορούν να βοηθήσουν στη θεραπεία. Επιπλέον, μπορούν να δημιουργήσουν αμοιβαία κατανόηση μεταξύ του κλινικού ιατρού και του ασθενούς (Folk et al., 2020). Μέσω της κοινής λήψης αποφάσεων με τα θύματα και, όπου είναι σκόπιμο, τις οικογένειές τους, υποστηρίζουν την αυτονομία και την ενδυνάμωσή τους όσον αφορά το εάν, πότε και πώς θα αντιμετωπιστεί το τραύμα.

Οι συντονιστές φροντίδας πρέπει να έχουν δεξιότητες στην ευαίσθητη στο τραύμα συνέντευξη. Οι κλινικοί, για παράδειγμα, πρέπει να γνωρίζουν πώς να ρωτούν για το τραύμα, προσφέροντας παράλληλα υποστήριξη. Επιπλέον, πρέπει να δείχνουν κατανόηση για τον τρόπο αντίδρασης των ασθενών στις αποκαλύψεις.

Κατά συνέπεια, οι ειδικοί θα πραγματοποιήσουν μια διεξοδική αξιολόγηση του PTSD και των διασχιστικών συμπτωμάτων. Πρέπει να παρέχεται εκπαίδευση σε παρεμβάσεις εστιασμένες στην ψύχωση στα μέλη της ομάδας, ώστε να έχουν την ικανότητα να προσφέρουν θεραπεία βασισμένη σε αποδεικτικά στοιχεία (Mitchell et al, 2020).

7. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

7.1. Φροντίδα με Γνώμονα το Τραύμα για Άτομα με Ψυχώσεις

Οι αρχές της φροντίδας με γνώμονα το τραύμα για την έγκαιρη παρέμβαση σε υπηρεσίες ψύχωσης επεκτάθηκαν ώστε να περιλαμβάνουν την ασφάλεια και την ενδυνάμωση των ασθενών με ψύχωση. Η πρακτική που βασίζεται στο τραύμα προϋποθέτει ασφάλεια και αξιοπιστία στην εφαρμογή της.

Οι θεραπευτικές σχέσεις που βασίζονται στην εμπιστοσύνη δημιουργούνται μέσω αξιόπιστης και ειλικρινούς επικοινωνίας, σε συνδυασμό με την ενσυναίσθηση και τη μη επικριτική στάση του κλινικού ιατρού. Για να διασφαλιστεί η σωματική και ψυχική ασφάλεια, ο σχεδιασμός του περιβάλλοντος και η θεραπευτική διαδικασία αποσαφηνίζονται, ενώ παράλληλα αποτρέπονται οι καταναγκαστικές πρακτικές που αναπαράγουν τις προηγούμενες εμπειρίες αδυναμίας του ατόμου (Mitchell et al., 2020).

Η κατανόηση των τραυματικών σχέσεων και της ψύχωσης βοηθά σε πολλές θεραπευτικές λειτουργίες. Όταν η επικράτηση του τραύματος μεταξύ των ατόμων με ψύχωση γίνεται κατανοητή από τους θεραπευτές, αυτό ομαλοποιεί το τραύμα και μειώνει την ντροπή και την αυτομομφή των ασθενών. Η σύνδεση μεταξύ τραύματος, διασχιστικών και ψυχωτικών συμπτωμάτων παρέχει μια συνεκτική κατανόηση της διαταραχής. Η ψυχοεκπαίδευση δημιουργεί γνώση και υποστήριξη μεταξύ των οικογενειών. Βοηθά επίσης τα άτομα να επιτύχουν τα βέλτιστα αποτελέσματα για τον ασθενή. Είναι χρήσιμο να κανονικοποιηθούν και να αποσαφηνιστούν οι αντιδράσεις στο τραύμα -συμπεριλαμβανομένου του τραύματος της ίδιας της έναρξης της ψύχωσης-, ώστε να ενισχυθεί η προσαρμοστική αντιμετώπιση και να μειωθεί η δυσφορία (Folk et al., 2020).

Εάν ένα άτομο αναλογιστεί την τραυματική εμπειρία, τότε αυτό αντισταθμίζει την προηγούμενη άρνηση. Το ταξίδι της θεραπείας ξεκινά όταν τα θύματα αποδεχτούν ότι κάτι τραυματικό συνέβη, ότι ήταν επιβλαβές και ότι τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στην παρούσα φάση παρακωλύουν την ευημερία τους. Οι θεραπευτές οφείλουν να διαμορφώσουν ένα ασφαλές θεραπευτικό πλαίσιο για τον επιζώντα του τραύματος, εφαρμόζοντας μια σαφή εξήγηση του τι θα περιλαμβάνει η εργασία για το τραύμα και σεβόμενοι την αυτονομία του επιζώντα να επιλέξει εάν και πότε θα ασχοληθεί με οποιοδήποτε θέμα που αφορά στο τραύμα (Mitchell et al., 2020).

Η αναζήτηση άδειας πριν από οτιδήποτε εστιάζει στο τραύμα εμπλέκει τους ασθενείς στη θεραπεία τους. Πρέπει γίνει προσπάθεια αποφυγής πρακτικών και πολιτικών που προκαλούν επανατραυματισμό. Οι πράξεις εξαναγκασμού έχουν συνήθως τραυματικές επιπτώσεις. Σε ένα πλαίσιο όπου η αποσύνδεση είναι αδύνατη, οι πράξεις εξαναγκασμού μοιάζουν με επαναλήψεις του τραύματος, που έχει υποστεί στο παρελθόν.

Ο στόχος των υπηρεσιών που βασίζονται στην τραυματική εμπειρία δεν είναι να επιβάλλουν περιορισμούς. Αντιθέτως, έχουν σχεδιαστεί για την αποκλιμάκωση, τον προληπτικό σχεδιασμό κρίσεων σύμφωνα με τις προτιμήσεις του ασθενούς και την επεξεργασία τυχόν επειγόντων περιστατικών.

Η εκπαίδευση του προσωπικού σε προσεγγίσεις που λαμβάνουν υπόψιν το τραύμα επηρεάζει σημαντικά τη θεραπευτική διαδικασία. Ο θεράπων ιατρός πρέπει να διακρίνεται από αυξημένη ενσυναίσθηση, κατανόηση και ευαισθητοποίηση.

7.2. Επιστημονικά Τεκμηριωμένες Παρεμβάσεις με Επίκεντρο το Τραύμα

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία εστιασμένη στο τραύμα (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy - TF-CBT) έχει τις περισσότερες ενδείξεις για τη θεραπεία του μετατραυματικού στρες και αυξανόμενες ενδείξεις εφαρμογής στην ψύχωση. Η TF-CBT θεωρείται από τους ειδικούς ως θεραπεία πρώτης γραμμής για ασθενείς σε όλα τα στάδια της ψύχωσης, συμπεριλαμβανομένου του πρώτου επεισοδίου και του κλινικά υψηλού κινδύνου.

Μια μελέτη σκοπιμότητας που διεξήχθη σε άτομα με PTSD και ψύχωση καταδεικνύει ότι η TF-CBT θα μπορούσε να εφαρμοστεί αποτελεσματικά με ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες και μειωμένα συμπτώματα PTSD (Buhmann et al. 2024).

Σύμφωνα με τον έλεγχο της εφαρμογής της TF-CBT σε μια κλινική ψύχωσης στο πλαίσιο του NHS του Ηνωμένου Βασιλείου, δεν υπήρξαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες που να σχετίζονται με τη θεραπεία. Παρατηρήθηκε ποσοστό ολοκλήρωσης 80% χωρίς διακοπές και κλινικά σημαντική αλλαγή στο 68,8% των ασθενών. Επιπλέον, μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, αναφέρθηκε ότι το 37,5% των ασθενών δεν πληρούσε πλέον τα κριτήρια για κλινικά σημαντικό PTSD. Μια συστηματική

ανασκόπηση διαπίστωσε ότι η TF-CBT στην ψύχωση μπορεί να είναι ασφαλής, αποδεκτή και αποτελεσματική για τη συνήθη φροντίδα (Hardy et al., 2022).

Τα συσσωρευμένα στοιχεία για την ψύχωση επικυρώνουν την απευαισθητοποίηση και επανεπεξεργασία μέσω οφθαλμικών κινήσεων (Eye Movement Desensitization and Reprocessing - EMDR), μία άλλη παρέμβαση εστιασμένη στο τραύμα. Τα στοιχεία από τη συστηματική ανασκόπηση δείχνουν ότι είναι ασφαλής και εφικτή, χωρίς να έχουν αναφερθεί σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες σχετικές με την EMDR σε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές. Τα αποτελέσματα της θεραπείας τόσο για την ψύχωση όσο και για το PTSD ήταν πιο αποτελεσματικά με την EMDR, σε σύγκριση με τη συνήθη θεραπεία. Τα συμπτώματα PTSD που αξιολογήθηκαν από κλινικούς και ασθενείς έδειξαν σταθερή βελτίωση, με την EMDR να λειτουργεί ιδιαίτερα καλά για τα αρνητικά συμπτώματα και την παρανοϊκή σκέψη (Ahmed et al., 2025).

Μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή που διεξήχθη σε περιβάλλοντα πρώιμης παρέμβασης πέτυχε υψηλά ποσοστά παρακολούθησης, επαρκή συμμετοχή στις συνεδρίες και ισχυρή πιστότητα στη θεραπεία. Εμφανίστηκαν πολλά υποσχόμενα σημάδια αποτελεσματικότητας κατά την παρακολούθηση 6 μηνών για τα ψυχωτικά συμπτώματα, την υποκειμενική ανάρρωση, τη διαταραχή μετατραυματικού στρες, την κατάθλιψη, το άγχος και τη γενική υγεία του ασθενούς (Varese et al., 2023).

Η ενσωμάτωση της Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας για την ψύχωση εστιασμένη στο Τραύμα (Trauma-Integrated Cognitive Behavioral Therapy for psychosis - TI-CBTp) επιτρέπει στη θεραπεία της πρώιμης ψύχωσης να καλύπτει το τραύμα και τις αντιδράσεις σε αυτό. Το μοντέλο υιοθέτησε την TI-CBTp, η οποία περιλαμβάνει CBT για ψύχωση, CBT εστιασμένη στο τραύμα, παρατεταμένη έκθεση (Prolonged Exposure - PE) και θεραπεία γνωστικής επεξεργασίας (Cognitive Processing Therapy - CPT), μέσα σε ένα συντονισμένο πλαίσιο εξειδικευμένης φροντίδας (Folk et al., 2020). Το πρωτόκολλο αποτελείται από ψυχοεκπαίδευση, ανάπτυξη δεξιοτήτων, έκθεση, διαχείριση υποτροπής και ενίσχυση της ασφάλειας. Τα βασικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν την ομαλοποίηση των αντιδράσεων σε τραυματικά περιστατικά και την εμφάνιση ψύχωσης, την ενίσχυση των γνωστικών λειτουργιών που σχετίζονται με το τραύμα και είναι πραγματικές, και την ολοκληρωμένη εστίαση τόσο στα ψυχωτικά όσο και στα μετατραυματικά συμπτώματα (Folk et al., 2020).

Σύμφωνα με τα προκαταρκτικά ευρήματα μιας κλινικά πρώιμης ψύχωσης στην κοινότητα, τα άτομα με συμπτώματα ψύχωσης και PTSD μπορούν να αντιμετωπιστούν με ασφάλεια χρησιμοποιώντας TI-CBTp, χωρίς επιβλαβείς επιδράσεις. Ειδικότερα, όσον αφορά τα μετατραυματικά συμπτώματα, το 63% παρουσίασε βελτίωση (Folk et al, 2020).

Οι κατευθυντήριες γραμμές του NICE αναφέρουν ότι η Θεραπεία Γνωστικής Επεξεργασίας (Cognitive Processing Therapy-CPT), που αναπτύχθηκε για επιζώντες σεξουαλικής βίας, είναι μια κατάλληλη θεραπεία τραύματος για την ψύχωση. Η CPT στοχεύει στις δυσπροσαρμοστικές γνωστικές λειτουργίες που σχετίζονται με το τραύμα και στις σημασίες τους δίχως παρατεταμένη έκθεση σε φανταστικές εικόνες (SAMHSA, 2020).

Η θεραπεία της ψύχωσης έχει μελετηθεί λιγότερο με τη χρήση των TF-CBT και EMDR, αλλά τα στοιχεία υποδεικνύουν ότι θα πρέπει να συμπεριληφθεί στα βασικά εργαλεία διαχείρισης του τραύματος. Απαιτείται κλινική αξιολόγηση για την αλληλουχία των παρεμβάσεων που εστιάζουν στο τραύμα. Αρχικώς, μπορεί να υπάρξουν σύντομες αυξήσεις των ψυχωτικών συμπτωμάτων, οι οποίες συνήθως είναι διαχειρίσιμες σε περιβάλλοντα υποστηριζόμενης θεραπείας (Ahmed et al. 2025). Ο έλεγχος, η συνεχής βοήθεια, η ασφάλεια και η τακτική εκτίμηση του σχετικού κινδύνου πρέπει να πραγματοποιούνται σε ένα κατάλληλο θεραπευτικό περιβάλλον.

Κατά τους Hardy et al.(2022), η συσσώρευση στοιχείων υποστηρίζει τη θεραπεία που εστιάζει στο τραύμα στην ψύχωση, με τα αποτελέσματα της θεραπείας να είναι αρκετά σταθερά σε διάστημα 6-12 μηνών. Τα συγκλίνοντα δεδομένα από πολλαπλά μοντέλα, συμπεριλαμβανομένων των TF-CBT, EMDR, PE και των ολοκληρωμένων μοντέλων, αυξάνουν την εμπιστοσύνη ότι η ψυχολογική παρέμβαση που εστιάζει στο τραύμα είναι ένα βασικό συστατικό της θεραπείας της ψύχωσης.

7.3. Ολοκληρωμένη Θεραπεία Τραύματος και Ψύχωσης

Ως στρατηγική πρώτης γραμμής στην ψύχωση έχει προταθεί η ολοκληρωμένη θεραπεία τραύματος-ψύχωσης από έναν πάροχο αποκλειστικά. Η θεραπεία δεύτερης γραμμής αφορά στη διαδοχική θεραπεία μιας πάθησης έπειτα από τη θεραπεία μιας

άλλης πάθησης, ενώ η θεραπεία τρίτης γραμμής θεραπεύει τη μία πάθηση και αγνοεί την άλλη (SAMHSA, 2020).

Η συνήθης κλινική πρακτική είναι η χορήγηση φαρμακοθεραπείας παράλληλα με ψυχολογική θεραπεία εστιασμένη στο τραύμα. Η θεραπεία της ψύχωσης και η αναβολή της θεραπείας του τραύματος μπορεί να μειώσει τα οφέλη. Ορισμένες βασικές στρατηγικές που εμπλέκονται στην ολοκληρωμένη θεραπεία είναι η ρύθμιση των συναισθημάτων και η διαχείριση της διάσχισης. (Bloomfield et al., 2021).

Οι υπηρεσίες παρέμβασης εκτιμούν ιδιαίτερα την υποστήριξη από ομοιοπαθείς (peers), όπου άτομα με βιωμένη εμπειρία αλληλοϋποστηρίζονται σε ομαδικές συνεδρίες. Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ ομοιοπαθών αποτελούν πρότυπα που καταπολεμούν το στίγμα, εμπνέουν ελπίδα και επικυρώνουν τις προσωπικές εμπειρίες, μέσω της βιωμένης εμπειρίας τους. Μολονότι υπάρχουν λίγες έρευνες που εξετάζουν άμεσα το τραύμα στην ψύχωση, τα χαρακτηριστικά της υποστήριξης από ομοιοπαθείς δε διαφέρουν από τις αξίες της ενδυνάμωσης, της αμοιβαιότητας και του σεβασμού που περιλαμβάνει το τραύμα (Jordan et al., 2023).

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις επικεντρώνονται σε αποτελέσματα που υπερβαίνουν την απλή μείωση των συμπτωμάτων της ψυχικής διαταραχής ενός ατόμου. Η εμπειρία της ψύχωσης και του τραύματος μπορεί να επηρεάσει την αίσθηση του εαυτού, τις φιλοδοξίες και το μέλλον ενός ατόμου. Η φροντίδα που εστιάζει στην ανάρρωση επιδιώκει να δημιουργήσει ικανότητες και ταυτότητα, πέρα από την ασθένεια. Δημιουργεί σχετικό νόημα γύρω από την ασθένεια και το τραύμα, ενισχύει την αυτοαποτελεσματικότητα ενός ατόμου και αποκαθιστά ρόλους που προσθέτουν νόημα στη ζωή του.

Σε περίπτωση τραύματος-ψύχωσης, πρέπει να συνδεθούν το τραύμα και η ψύχωση σε μια συνεκτική αφήγηση της ζωής, που αναγνωρίζει την ανάπτυξη και τη δύναμη, ίσως την ευπάθεια, και ένα όραμα για ένα μέλλον πέρα από την ασθένεια (Jordan et al., 2023). Τα άτομα που πάσχουν από ψύχωση μπορούν να επιτύχουν «μετατραυματική ανάπτυξη», σύμφωνα με τους ειδικούς.

Οι προστατευτικοί παράγοντες της κοινωνικής υποστήριξης, της αυτοαποτελεσματικότητας, της ελπίδας και του αισιοδοξίας προβλέπουν χαμηλότερη ευπάθεια στο PTSD. Σύμφωνα με τους Jordan et al. (2023), μια ποικιλία θεραπειών που εστιάζουν στο τραύμα μπορούν να επωφεληθούν από την κοινωνική υποστήριξη,

την προσαρμοστική αντιμετώπιση, την ανθεκτικότητα και τη δημιουργία νοήματος. Οι ψυχωσικές διαταραχές και το PTSD συχνά επανέρχονται με την πάροδο του χρόνου, απαιτώντας διαρκή επίβλεψη και υποστήριξη. Η συνέχεια της φροντίδας κατά τη διάρκεια και μετά τις θεραπείες που εστιάζουν στο τραύμα θεωρείται εξαιρετικά σημαντική από τους ερευνητές και τους χρήστες των υπηρεσιών.

Τα άτομα που λαμβάνουν CBT εστιασμένη στο τραύμα για ψύχωση θεωρούν την εργασία «επώδυνη αλλά χρήσιμη» και έτσι φαίνεται ότι υπάρχει δουλειά για την ανοικοδόμηση της ζωής μετά το τραύμα. Η επένδυση σε συστήματα υποστήριξης των αποτελεσμάτων, η πρόσβαση σε παρακολούθηση και η σύνδεση με κοινοτικούς πόρους προσανατολισμένους προς την ανάρρωση επιτυγχάνουν διαρκή οφέλη (Hardy et al., 2022).

Σύμφωνα με τους Varese et al. (2023), οι ασθενείς υψηλού κινδύνου πρέπει να παρακολουθούνται σε διαστήματα 6 έως 12 μηνών, ώστε να διατηρηθούν τα αποτελέσματα, να εντοπιστούν νέα προβλήματα, καθώς και για να παρασχεθεί ενδεχομένως υποστηρικτική θεραπεία. Απώτερος στόχος, είναι η ενίσχυση της λειτουργικότητας του ατόμου σε όλους τους τομείς της ζωής του και η ανάπτυξη ανθεκτικότητας έναντι στρεσσογόνων παραγόντων που δεν προκαλούν υποτροπή της νόσου.

8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

8.1. Περίληψη των Βασικών Ευρημάτων

Η παρούσα εργασία εξέτασε, μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης, τη σχέση μεταξύ του πρώιμου ψυχολογικού τραύματος και των διασχιστικών φαινομένων, σε ασθενείς με ψυχωσικές διαταραχές. Συγκέντρωσε ένα σύνολο δεδομένων που καταδεικνύουν ότι οι αντιξοότητες στην πρώιμη παιδική ηλικία είναι ένας από τους καλύτερα μελετημένους περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου για ψύχωση.

Σύμφωνα με τα συγκλίνοντα στοιχεία από μια σειρά ανεξάρτητων μετα-αναλύσεων, τα άτομα που πάσχουν από ψυχωσικές διαταραχές έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν εκτεθεί σε τραύμα κατά την παιδική ηλικία σε σύγκριση με εκείνα χωρίς κάποια ψυχωσική διαταραχή. Περίπου μία στις τρεις περιπτώσεις ψύχωσης θα μπορούσε θεωρητικά να προληφθεί εάν εξαλειφθούν οι επιπτώσεις των δυσκολιών της παιδικής ηλικίας (ο πληθυσμιακά αποδοτέος κίνδυνος εκτιμάται σε 33%) (Zhou et al., 2025).

Η αιτιώδης φύση αυτής της σχέσης έχει αποδειχθεί μέσω της επίδειξης χρονικής συνέχειας μέσω προοπτικών διαχρονικών μελετών, ισχυρών σχέσεων δόσης-απόκρισης που δείχνουν μη γραμμική επιτάχυνση του κινδύνου με τη συσσωρευμένη έκθεση σε δυσκολίες και βιολογική συσχέτιση μέσω τεκμηριωμένων νευροβιολογικών αλλοιώσεων.

Η παραμέληση και συναισθηματική κακοποίηση κατέγραψαν τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης διάσχισης και ψύχωσης. Το αποτέλεσμα αυτό είναι ενδεχομένως μη αναμενόμενο, καθώς η σωματική και η σεξουαλική κακοποίηση θα μπορούσαν λογικά να αξιολογηθούν ως πιο σοβαρές ή τραυματικές. Μια εξήγηση γι' αυτό το φαινόμενο είναι πως παιδιά τα οποία υπόκεινται σε σωματική ή σεξουαλική βία ενδέχεται να έχουν στο περιβάλλον τους εξισορροπητικούς παράγοντες που αντισταθμίζουν το τραύμα, όπως συγγενείς, φίλους ή υποστηρικτικό σχολικό πλαίσιο, ενώ τα άτομα που παραμελούνται ή κακοποιούνται συναισθηματικά είναι σύνηθες να απομονώνονται και να ζητούν βοήθεια σπανιότερα, καθώς επίσης αυτός ο τύπος κακοποίησης είναι συνήθως επαναλαμβανόμενος ή μεγαλύτερης διάρκειας και όχι επεισοδιακός.

Σύμφωνα με τους Liu et al. (2025), η διάσχιση αναδεικνύεται ως ένας σημαντικός μεσολαβητής του παιδικού τραύματος και των ψυχωτικών συμπτωμάτων. Επιπλέον, αποτελεί διαγνωστικό μεσολαβητή της έκθεσης σε τραύμα και του φάσματος συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες-ψύχωσης. Όσοι πάσχουν από PTSD με ψύχωση βιώνουν μεγαλύτερη λειτουργική δυσκολία από όσους δεν πάσχουν. Η ταυτόχρονη αξιολόγηση της συμπτωματολογίας του τραύματος, της διασχιστικής και της ψυχωτικής συμπτωματολογίας είναι σημαντική, λόγω της συχνής συνύπαρξής τους (Fung et al.,2025). Κατά συνέπεια, όλα τα άτομα με ψυχωτικά συμπτώματα πρέπει να αξιολογούνται συστηματικά για ιστορικό τραύματος, διάσχισης και μετατραυματικού στρες.

Έρευνες που χρησιμοποίησαν κατάλληλες στατιστικές τεχνικές μεσολάβησης έδειξαν ότι οι διασχιστικές διαδικασίες, ιδίως οι ονειρικές εμπειρίες αποπροσωποποίησης και αποπραγματοποίησης, μεσολαβούν στις σχέσεις του παιδικού τραύματος με τις ψευδαισθητικές εμπειρίες. Οι θεωρίες που προτείνουν μια αλληλεπίδραση μεταξύ της έκθεσης σε τραύμα, της ασφάλειας προσκόλλησης, της κοινωνικής θέσης και των διαδικασιών διάσχισης μπορεί να οδηγήσουν σε ψυχωτικά συμπτώματα (Levi et al., 2025).

Έχουν μελετηθεί επίσης οι προστατευτικοί παράγοντες και οι οδοί ανθεκτικότητας που μπορεί να προφυλάσσουν από τον κίνδυνο ψύχωσης σχετιζόμενο με τραύμα. Η κοινωνική υποστήριξη αναδείχθηκε ως ο πιο ισχυρός και καλά τεκμηριωμένος προστατευτικός παράγων, ενώ αναδείχθηκαν ως σημαντικά κάποια στοιχεία του χαρακτήρα, όπως η αισιοδοξία, η αυτοεκτίμηση, ο αυτοέλεγχος ή η αυτορρύθμιση. Επίσης επισημαίνεται ο προστατευτικός χαρακτήρας της εκπαίδευσης, των καλών εκπαιδευτικών επιδόσεων, της συμμετοχής και της επίτευξης στόχων (Buchanan et al., 2023), καθώς και του υψηλού IQ, της θετικής οικογενειακής ατμόσφαιρας και των υψηλών επιπέδων κοινωνικής συνοχής (Crush et al., 2018). Η κοινωνική συνοχή, οι στρατηγικές προσαρμογής και οι ασφαλείς δεσμοί παρείχαν σημαντική ψυχοπροστασία στους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου νόσησης (Campodonico et al. 2021).

8.2. Επιπτώσεις στην Κλινική Πρακτική και στην Έρευνα

Υπάρχουν ολοένα και περισσότερες ενδείξεις ότι το τραύμα πρέπει να αξιολογείται συστηματικά και τακτικά στις πρώιμες παρεμβάσεις για την ψύχωση. Αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη δέσμευσης στην εφαρμογή του διαγνωστικού ελέγχου με τη χρήση επικυρωμένων μέτρων (Jankowski et al., 2025).

Για να εφαρμοστεί οτιδήποτε, πρέπει να αντιμετωπιστούν διάφορα εμπόδια σε οργανωτικό, κλινικό και συστημικό επίπεδο. Η μελέτη των Wood et al., (2023) έδειξε προβλήματα σχετικά με την αναζήτηση ιστορικού τραύματος στα πρωτόκολλα διαλογής ασθενών, την εκπαίδευση των κλινικών ιατρών στη φροντίδα με γνώμονα το τραύμα, την αμηχανία τους να αποκαλύψουν πληροφορίες και τους χρονικούς περιορισμούς. Οι Μονάδες Πρώιμης Παρέμβασης στην Ψύχωση, ως εξειδικευμένοι φορείς, επικεντρώνονται στη διαχείριση των διαταραχών στο φάσμα της ψύχωσης, και ως εκ τούτου αποκλείονται διαγνωστικά οι ασθενείς με συννοσηρότητες, όπως η διάσχιση και η διαταραχή μετατραυματικού στρες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι πάροχοι να αναγκάζονται να αναδείξουν είτε την ψύχωση είτε το τραύμα ως μοναδικό ζήτημα προς αντιμετώπιση, αντί να αποδεχθούν και να διαχειριστούν τη συνύπαρξή τους.

Η ενσωμάτωση θεραπειών με γνώμονα το τραύμα στα συνήθη πρωτόκολλα ψυχιατρικής θεραπείας έγκαιρης παρέμβασης αποτελεί βασικό τομέα αλλαγής των συστημάτων και ειδικότερα η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία εστιασμένη στο τραύμα φαίνεται να επιφέρει σημαντικές βελτιώσεις στα συμπτώματα μετατραυματικού στρες (Jankowski et al., 2025).

Είναι σημαντικό να διεξαχθούν μελέτες που θα αποσαφηνίσουν τις νευροβιολογικές και ψυχολογικές διεργασίες και θα χαρτογραφήσουν την χρονική πορεία των διασχιστικών εμπειριών και των ψυχωτικών συμπτωμάτων (Levi et al., 2025).

Τα άτομα με ψύχωση σπάνια ερωτώνται για τις τραυματικές τους εμπειρίες. Οι πιο συνηθισμένοι λόγοι για αυτή τη συμπεριφορά είναι οι στάσεις σχετικά με τη βιολογική αιτία της ψύχωσης και η παραμέληση των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, θέτοντας τους ανθρώπους σε κίνδυνο να χαρακτηριστούν ανθεκτικοί στη θεραπεία, κάτι που θέτει σε σοβαρό κίνδυνο την πιθανότητα ανάρρωσης. Συμπερασματικά, είναι σημαντικό το ιστορικό τραύματος να αξιολογείται συστηματικά σε όλους τους ασθενείς με σχιζοφρένεια ανθεκτική στην τυπική ψυχοφαρμακολογική θεραπεία.

Καθώς εμφανίζονται νέα δεδομένα, αναδεικνύεται το όφελος από τις ψυχοθεραπείες που εστιάζουν στο τραύμα σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, επιπλέον των τυπικών αντιψυχωσικών φαρμάκων (Štrkalj-Ivezić et al., 2024).

8.3. Περιορισμοί και Μελλοντικές Κατευθύνσεις Έρευνας

Υπάρχουν σημαντικοί περιορισμοί στην τρέχουσα βάση δεδομένων που πρέπει να αναγνωριστούν και να αντιμετωπιστούν συστηματικά σε μελλοντικές εργασίες. Η επικράτηση των συγχρονικών και αναδρομικών σχεδίων έρευνας έναντι των προοπτικών ερευνών μπορεί να περιορίσει την αιτιώδη συσχέτιση, με πιθανή υπολειμματική σύγχυση από μη αξιολογημένες μεταβλητές.

Η ποικιλομορφία στην κατασκευή, στις μετρήσεις και στους λειτουργικούς ορισμούς του τραύματος καθιστά δυσχερή τη σύγκριση των μελετών, γεγονός που εξηγεί τις διαφορές μεταξύ μελετών που εξετάζουν συγκεκριμένες σχέσεις μεταξύ τραύματος και συγκεκριμένων συμπτωμάτων. Η διαγνωστική ειδικότητα απαντά στο γιατί ορισμένα άτομα που εκτίθενται σε τραύμα αναπτύσσουν ψυχωσική διαταραχή, ενώ άλλα είτε βιώνουν PTSD και κατάθλιψη είτε είναι σε θέση να αναπτύξουν ανθεκτικότητα. Τα τρέχοντα μοντέλα δεν εξηγούν καλά αυτό το φαινόμενο.

Η πρώτη ερευνητική προτεραιότητα είναι οι διαχρονικές μελέτες της έκθεσης σε τραύμα κατά την παιδική ηλικία, την εφηβεία και την νεαρή ενηλικίωση, των διασχιστικών συμπτωμάτων και των ψυχωτικών εμπειριών. Η έρευνα σχετικά με τους βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες θα ρίξει φως στο χρονοδιάγραμμα, στα ευαίσθητα αναπτυξιακά παράθυρα που συμβάλλουν στις ψύχωση και στην αλυσίδα γεγονότων μέσω των οποίων οι αντιξοότητες οδηγούν στην ψύχωση.

Η έρευνα σε βιοδείκτες που ενσωματώνουν νευροαπεικόνιση, νευροενδοκρινικές, φλεγμονώδεις και γενετικές μετρήσεις στα ίδια μοντέλα θα συμβάλει στην αποσαφήνιση των ατομικών διαφορών στην ευπάθεια και στην ανθεκτικότητα και ενδέχεται να διευκολύνει επίσης την εξατομικευμένη επιλογή θεραπείας.

Η έρευνα που αναλύει πότε οι θεραπείες που εστιάζουν στο τραύμα είναι αποτελεσματικές, σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου ή σε πρώτο επεισόδιο ψύχωσης ή σε εγκατεστημένες ψυχώσεις, θα μας δώσει μια ένδειξη για το πότε πρέπει να

ξεκινήσουμε και πώς μπορούμε να προσαρμόσουμε τις παρεμβάσεις μας κατά μήκος του φάσματος της ψύχωσης.

9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aas, M., Andreassen, O. A., Aminoff, S. R., Færden, A., Romm, K. L., Nesvåg, R., Berg, A. O., Simonsen, C., Agartz, I., & Melle, I. (2016). 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, 16, 126. https://doi.org/10.1186/s12888-016-0827-4
2. Ahmed, O. M., Khalaf, G., Alsaadany, K. R., Zaroug, A., Ibrahim, A. H., Nasir, H., & Elghazaly, S. M. (2025). Efficacy and Safety of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in Patients with Psychosis: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Trends in psychiatry and psychotherapy, 10.47626/2237-6089-2025-1099. Advance online publication. https://doi.org/10.47626/2237-6089-2025-1099
3. Akdeniz, C., Tost, H., & Meyer-Lindenberg, A. (2014). The neurobiology of social environmental risk for schizophrenia: an evolving research field. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 49(4), 507–517. https://doi.org/10.1007/s00127-014-0858-4
4. Alameda, L., Rodriguez, V., Carr, E., Aas, M., Trotta, G., Marino, P., Vorontsova, N., Herane-Vives, A., Gadelrab, R., Spinazzola, E., Di Forti, M., Morgan, C., & Murray, R. M. (2020). A systematic review on mediators between adversity and psychosis: potential targets for treatment. Psychological medicine, 50(12), 1966–1976. https://doi.org/10.1017/S0033291720002421
5. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
6. Avon Longitudinal Study of Parents and Children: Explore data and samples. University of Bristol. http://www.bristol.ac.uk/alspac/researchers/our-data
7. Bendall, S., Jackson, H. J., Hulbert, C. A., & McGorry, P. D. (2008). Childhood trauma and psychotic disorders: a systematic, critical review of the evidence. Schizophrenia bulletin, 34(3), 568–579. https://doi.org/10.1093/schbul/sbm121
8. Bloomfield, M. A. P., Chang, T., Woodl, M. J., Lyons, L. M., Cheng, Z., Bauer-Staeb, C., Hobbs, C., Bracke, S., Kennerley, H., Isham, L., Brewin, C., Billings, J., Greene, T., & Lewis, G. (2021). Psychological processes mediating the association between developmental trauma and specific psychotic symptoms in

adults: a systematic review and meta-analysis. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 20(1), 107–123. https://doi.org/10.1002/wps.20841

9. Buchanan, M., Walker, G., Boden, J. M., Mansoor, Z., & Newton-Howes, G. (2023). Protective factors for psychosocial outcomes following cumulative childhood adversity: systematic review. BJPsych open, 9(6), e197. https://doi.org/10.1192/bjo.2023.561
10. Büetiger, J. R., Hubl, D., Kupferschmid, S., Schultze-Lutter, F., Schimmelmann, B. G., Federspiel, A., Hauf, M., Walther, S., Kaess, M., Michel, C., & Kindler, J. (2020). Trapped in a Glass Bell Jar: Neural Correlates of Depersonalization and Derealization in Subjects at Clinical High-Risk of Psychosis and Depersonalization-Derealization Disorder. Frontiers in psychiatry, 11, 535652. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.535652
11. Buhmann, C. B., Mortensen, E. L., Graebe, F. L., Larsen, S. K., Harder, S., Arnfred, S., & Austin, S. F. (2024). Feasibility of trauma-focused cognitive behavioural therapy for patients with PTSD and psychosis. Frontiers in psychiatry, 15, 1375972. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1375972
12. Campodonico, C., Berry, K., Haddock, G., & Varese, F. (2021). Protective Factors Associated With Post-traumatic Outcomes in Individuals With Experiences of Psychosis. Frontiers in psychiatry, 12, 735870. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.735870
13. Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation, 6*(1), 16–27.
14. Carr, S., Hardy, A., & Fornells-Ambrojo, M. (2018). The Trauma and Life Events (TALE) checklist: development of a tool for improving routine screening in people with psychosis. European journal of psychotraumatology, 9(1), 1512265. https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1512265
15. Carvalho Silva, R., Oliva, F., Barlati, S., Perusi, G., Meattini, M., Dashi, E., Colombi, N., Vaona, A., Carletto, S., & Minelli, A. (2024). Childhood neglect, the neglected trauma. A systematic review and meta-analysis of its prevalence in psychiatric disorders. Psychiatry research, 335, 115881. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115881
16. Croft, J., Heron, J., Teufel, C., Cannon, M., Wolke, D., Thompson, A., Houtepen, L., & Zammit, S. (2019). Association of Trauma Type, Age of Exposure, and

Frequency in Childhood and Adolescence With Psychotic Experiences in Early Adulthood. JAMA psychiatry, 76(1), 79–86. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3155

17. Crush, E., Arseneault, L., Jaffee, S. R., Danese, A., & Fisher, H. L. (2018). Protective Factors for Psychotic Symptoms Among Poly-victimized Children. Schizophrenia bulletin, 44(3), 691–700. https://doi.org/10.1093/schbul/sbx111
18. Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E., Frewen, P. A., Carlson, E. B., & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. Psychological bulletin, 138(3), 550–588. https://doi.org/10.1037/a0027447
19. Degnan, A., Berry, K., Humphrey, C., & Bucci, S. (2022). The role of attachment and dissociation in the relationship between childhood interpersonal trauma and negative symptoms in psychosis. Clinical psychology & psychotherapy, 29(5), 1692–1706. https://doi.org/10.1002/cpp.2731
20. Dvir Y. (2022). Childhood Trauma and Psychosis: A Brief Updated Review and Case Study. Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 31(1), 91–98. https://doi.org/10.1016/j.chc.2021.08.002
21. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129–136.
22. Flinn, A., Hefferman-Clarke, R., Parker, S., Allsopp, K., Zhou, L., Begemann, M., Bentall, R., & Varese, F. (2025). Cumulative exposure to childhood adversity and risk of adult psychosis: a dose-response meta-analysis. Psychological medicine, 55, e162. https://doi.org/10.1017/S0033291725001138
23. Flinn, E. A., Healy, C., McKernan, D., Furlong, C., Holleran, L., McMahon, J., Carter, S., Clarke, M., Kelleher, I., & Cannon, M. (2025). Cumulative exposure to childhood adversity and risk of adult psychosis: A dose-response meta-analysis. *Psychological Medicine, 55*, 1–13. https://doi.org/10.1017/S0033291725001138
24. Folk, J. B, Tully, L. M., Blacker, D. M., Liles, B. D., Bolden, K. A., Tryon, V., Botello, R., & Niendam, T. A. (2019). Uncharted Waters: Treating Trauma Symptoms in the Context of Early Psychosis. Journal of clinical medicine, 8(9), 1456. https://doi.org/10.3390/jcm8091456
25. Fung, H. W., Chau, A. K. C., Lam, S. K. K., Ho, G. W. K., Ross, C. A., Wong, M. Y. C., Wang, E. K. S., Chien, W. T., & Wong, J. Y. (2025). Bidirectional

relationships among complex PTSD, dissociation, and psychotic symptoms in two samples. European journal of psychotraumatology, 16(1), 2458364. https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2458364

26. Gibson, L. E., Alloy, L. B., & Ellman, L. M. (2016). Trauma and the psychosis spectrum: A review of symptom specificity and explanatory mechanisms. Clinical psychology review, 49, 92–105. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.08.003
27. Grady, S., Crowley, N., Scott, S., Ndukwe, C. I., Donohoe, R., & Gaynor, K. (2025). The role of trauma, attachment, dissociation, and alexithymia in pathways to negative symptoms in psychosis. The British journal of clinical psychology, 64(4), 1002–1019. https://doi.org/10.1111/bjc.12554
28. Hardy, A., Good, S., Dix, J., & Longden, E. (2022). "It hurt but it helped": A mixed methods audit of the implementation of trauma- focused cognitive-behavioral therapy for psychosis. Frontiers in psychiatry, 13, 946615. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.946615
29. Harley, M., Kelleher, I., Clarke, M., Lynch, F., Arseneault, L., Connor, D., Fitzpatrick, C., & Cannon, M. (2010). Cannabis use and childhood trauma interact additively to increase the risk of psychotic symptoms in adolescence. Psychological medicine, 40(10), 1627–1634. https://doi.org/10.1017/S0033291709991966
30. Hoy, K., Barrett, S., Shannon, C., Campbell, C., Watson, D., Rushe, T., Shevlin, M., Bai, F., Cooper, S., & Mulholland, C. (2012). Childhood trauma and hippocampal and amygdalar volumes in first-episode psychosis. Schizophrenia bulletin, 38(6), 1162–1169. https://doi.org/10.1093/schbul/sbr085
31. Humpston, C., Harrow, M., & Rosen, C. (2020). Behind the opaque curtain: A 20-year longitudinal study of dissociative and first-rank symptoms in schizophrenia-spectrum psychoses, other psychoses and non-psychotic disorders. Schizophrenia research, 223, 319–326. https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.07.019
32. Jankowski, S. E., Bennett, R., Tao, B., Neria, Y., Dixon, L. B., Wainberg, M., Sweetland, A., & Patel, S. R. (2025). Trauma-Focused Treatment in Early and Lifetime Psychosis: A Scoping Review. Schizophrenia bulletin, sbaf202. Advance online publication. https://doi.org/10.1093/schbul/sbaf202
33. Jordan, G., Ng, F., & Thomas, R. (2023). How clinicians can support posttraumatic growth following psychosis: a perspective piece. Irish journal of

psychological medicine, 1–6. Advance online publication. https://doi.org/10.1017/ipm.2023.7

34. Hlastala, S. A., & McClellan, J. (2005). Phenomenology and diagnostic stability of youths with atypical psychotic symptoms. Journal of child and adolescent psychopharmacology, 15(3), 497–509. https://doi.org/10.1089/cap.2005.15.497
35. Kelleher, I., Keeley, H., Corcoran, P., Ramsay, H., Wasserman, C., Carli, V., Sarchiapone, M., Hoven, C., Wasserman, D., & Cannon, M. (2013). Childhood trauma and psychosis in a prospective cohort study: cause, effect, and directionality. The American journal of psychiatry, 170(7), 734–741. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12091169
36. Lardinois, M., Lataster, T., Mengelers, R., Van Os, J., & Myin-Germeys, I. (2011). Childhood trauma and increased stress sensitivity in psychosis. Acta psychiatrica Scandinavica, 123(1), 28–35. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01594.x
37. Levi, D., Pierce, M., Baird, A., & Berry, K. (2025). Interrelationships Among Childhood Trauma, Insecure Attachment, Dissociation, Negative Schemas and Psychosis Symptoms: A Network Analysis. Clinical psychology & psychotherapy, 32(6), e70187. https://doi.org/10.1002/cpp.70187
38. Lewis, C. R., Breitenstein, R. S., Henderson, A., Sowards, H. A., Piras, I. S., Huentelman, M. J., Doane, L. D., & Lemery-Chalfant, K. (2021). Harsh Parenting Predicts Novel HPA Receptor Gene Methylation and NR3C1 Methylation Predicts Cortisol Daily Slope in Middle Childhood. Cellular and molecular neurobiology, 41(4), 783–793. https://doi.org/10.1007/s10571-020-00885-4
39. Liu, J., Zhang, X., Wang, Y., & Chen, L. (2025). Dissociation as transdiagnostic mediator between trauma exposure and the post-traumatic stress disorder-psychosis symptom spectrum: A structural equation modelling meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 348*, 210–218. https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.192
40. Loewenstein R. J. (2018). Dissociation debates: everything you know is wrong. Dialogues in clinical neuroscience, 20(3), 229–242. https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/rloewenstein
41. Longden, E., Branitsky, A., Moskowitz, A., Berry, K., Bucci, S., & Varese, F. (2020). The Relationship Between Dissociation and Symptoms of Psychosis: A Meta-analysis. Schizophrenia bulletin, 46(5), 1104–1113. https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa037

42. Loureiro, C. M., Corsi-Zuelli, F., Fachim, H. A., Shuhama, R., de Oliveira, A. M., Menezes, P. R., Dalton, C. F., Louzada-Junior, P., Belangero, S. I., Coeli-Lacchini, F., Reynolds, G. P., Lacchini, R., & Del-Ben, C. M. (2023). Lifetime cannabis use and childhood trauma associated with CNR1 genetic variants increase the risk of psychosis: findings from the STREAM study. Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999), 45(3), 226–235. https://doi.org/10.47626/1516-4446-2022-2882
43. Mackes, N. K., Golm, D., Sarkar, S., Kumsta, R., Rutter, M., Fairchild, G., Mehta, M. A., Sonuga-Barke, E. J. S., & ERA Young Adult Follow-up team (2020). Early childhood deprivation is associated with alterations in adult brain structure despite subsequent environmental enrichment. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 117(1), 641–649. https://doi.org/10.1073/pnas.1911264116
44. McEwen B. S. (2003). Mood disorders and allostatic load. Biological psychiatry, 54(3), 200–207. https://doi.org/10.1016/s0006-3223(03)00177-x
45. Melegkovits, E. A., Mason, A., Reid, J., Akooly, H., Jung, P., & Bloomfield, M. (2025). Dissociative experiences in individuals with subclinical psychosis and a history of developmental trauma: a qualitative study. European journal of psychotraumatology, 16(1), 2472473. https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2472473
46. Mitchell, S., Shannon, C., Mulholland, C., & Hanna, D. (2021). Reaching consensus on the principles of trauma-informed care in early intervention psychosis services: A Delphi study. Early intervention in psychiatry, 15(5), 1369–1375. https://doi.org/10.1111/eip.13068
47. Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., Houts, R., Poulton, R., Roberts, B. W., Ross, S., Sears, M. R., Thomson, W. M., & Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 108(7), 2693–2698. https://doi.org/10.1073/pnas.1010076108
48. Mohammadzadeh, A., Azadi, S., King, S., Khosravani, V., & Sharifi Bastan, F. (2019). Childhood trauma and the likelihood of increased suicidal risk in schizophrenia. Psychiatry research, 275, 100–107. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.023

49. Nurcombe B, Mitchell W, Begtrup R, Tramontana M, Lababera J, Pruitt J. Dissociative hallucinosis and allied conditions. In: Volkmar F, ed. Psychoses and Pervasive Developmental Disorders in Childhood and Adolescence. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996:107–128.
50. O'Brien, K. J., Huque, Z. M., Pike, M. R., Smith, E. C., Davies, N. L., & Ellman, L. M. (2025). Synergistic pathways to psychosis: understanding developmental risk and resilience factors. Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology, 51(1), 273–292. https://doi.org/10.1038/s41386-025-02261-6
51. O'Connell, J., Lim, M. H., Kamitsis, I., & Bendall, S. (2025). The dissociative architecture of delusions: Investigating the relationship between trauma, dissociation and delusions in first episode psychosis. Psychology and psychotherapy, 10.1111/papt.70022. Advance online publication. https://doi.org/10.1111/papt.70022
52. Peh, O. H., Rapisarda, A., & Lee, J. (2019). Childhood adversities in people at ultra-high risk (UHR) for psychosis: a systematic review and meta-analysis. Psychological medicine, 49(7), 1089–1101. https://doi.org/10.1017/S003329171800394X
53. Peng, C., Cheng, J., Rong, F., Wang, Y., & Yu, Y. (2023). Psychometric properties and normative data of the childhood trauma questionnaire-short form in Chinese adolescents. Frontiers in psychology, 14, 1130683. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1130683
54. Perona-Garcelán, S., Carrascoso-López, F., García-Montes, J. M., Ductor-Recuerda, M. J., López Jiménez, A. M., Vallina-Fernández, O., Pérez-Álvarez, M., & Gómez-Gómez, M. T. (2012). Dissociative experiences as mediators between childhood trauma and auditory hallucinations. Journal of traumatic stress, 25(3), 323–329. https://doi.org/10.1002/jts.21693
55. Petros, N., Foglia, E., Klamerus, E., Beards, S., Murray, R. M., & Bhattacharyya, S. (2016). Impact of childhood trauma on risk of relapse requiring psychiatric hospital admission for psychosis. The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 209(2), 169–170. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.176636
56. Petrowski, K., Berth, H., Beiling, P., Renner, V., & Probst, T. (2021). Patient's and the Therapist's Attachment Representations, Attachment to Therapists, and Self-

Esteem-Change Through Psychotherapy. Frontiers in psychology, 12, 711296. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.711296

57. Pruessner, M., King, S., Joober, R., & Malla, A. K. (2019). Gender differences in childhood trauma in first episode psychosis: Association with symptom severity over two years. *Schizophrenia Research, 205*, 30–37. https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.06.043
58. Ramsay, H., Kelleher, I., Flannery, P., Clarke, M. C., Lynch, F., Harley, M., Connor, D., Fitzpatrick, C., Morris, D. W., & Cannon, M. (2013). Relationship between the COMT-Val158Met and BDNF-Val66Met polymorphisms, childhood trauma and psychotic experiences in an adolescent general population sample. PloS one, 8(11), e79741. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0079741
59. Read, J., Harper, D., Tucker, I., & Kennedy, A. (2018). How do mental health services respond when child abuse or neglect become known? A literature review. International journal of mental health nursing, 27(6), 1606–1617. https://doi.org/10.1111/inm.12498
60. Read, J., Perry, B. D., Moskowitz, A., & Connolly, J. (2001). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumagenic neurodevelopmental model. Psychiatry, 64(4), 319–345. https://doi.org/10.1521/psyc.64.4.319.18602
61. Rossi, R., Jannini, T. B., Ciocca, G., Cipriani, C., Socci, V., Pacitti, F., & Di Lorenzo, G. (2023). Attachment and resilience as mediators or moderators in the relationship between trauma and psychotic-like experiences. Schizophrenia research, 258, 36–44. https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.07.005
62. SAMHSA's Gains Center. (2020). *Addressing trauma and PTSD in first episode psychosis programs: An issue brief*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
63. Schmidt, S. J., Schultze-Lutter, F., Bendall, S., Groth, N., Michel, C., Inderbitzin, N., Schimmelmann, B. G., Hubl, D., & Nelson, B. (2017). Mediators Linking Childhood Adversities and Trauma to Suicidality in Individuals at Risk for Psychosis. Frontiers in psychiatry, 8, 242. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00242
64. Selten, J. P., van der Ven, E., Rutten, B. P., & Cantor-Graae, E. (2013). The social defeat hypothesis of schizophrenia: an update. Schizophrenia bulletin, 39(6), 1180–1186. https://doi.org/10.1093/schbul/sbt134

65. Shovestul, B., Scharf, M., Liu, G., Dodell-Feder, D., (2023), Social defeat and psychosis-related outcomes: Associative and experimental tests related to the nature of defeat, specificity of outcomes, and psychosis-proneness, Psychiatry Research Communications, Volume 3, Issue 4, 100149, ISSN 2772-5987, https://doi.org/10.1016/j.psycom.2023.100149
66. Stanton, K. J., Denietolis, B., Goodwin, B. J., & Dvir, Y. (2020). Childhood Trauma and Psychosis: An Updated Review. Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 29(1), 115–129. https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.08.004
67. Štrkalj-Ivezić, S., Šimunović Filipčić, I., Aukst-Margetić, B., & Vuksan-Ćusa, B. (2024). Trauma-informed care promoting recovery from psychosis. *Southeastern European Medical Journal, 8*(1), 62–74.
68. Sun, P., Alvarez-Jimenez, M., Lawrence, K., Simpson, K., Peach, N., & Bendall, S. (2019). Investigating the prevalence of dissociative disorders and severe dissociative symptoms in first episode psychosis. Early intervention in psychiatry, 13(6), 1366–1372. https://doi.org/10.1111/eip.12773
69. Sun, P., Alvarez-Jimenez, M., Simpson, K., Lawrence, K., Peach, N., & Bendall, S. (2018). Does dissociation mediate the relationship between childhood trauma and hallucinations, delusions in first episode psychosis?. Comprehensive psychiatry, 84, 68–74. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2018.04.004
70. Tang, R., Howe, L. D., Suderman, M., Relton, C. L., Crawford, A. A., & Houtepen, L. C. (2020). Adverse childhood experiences, DNA methylation age acceleration, and cortisol in UK children: a prospective population-based cohort study. Clinical epigenetics, 12(1), 55. https://doi.org/10.1186/s13148-020-00844-2
71. Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 57(3), 241–266. https://doi.org/10.1111/jcpp.12507
72. Treise, C., & Perez, J. (2021). The Role of Dissociative Compartmentalization in Difficult-to-Treat Psychotic Phenomena. Frontiers in psychology, 12, 533884. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.533884
73. Tzikos, A., Arvaniti, A., Kalamara, E., Vorvolakos, T., Kafalis, G., Samakouri, M., & Livaditis, M. (2021). Validating Dissociative Experience Scale (DES) in a

Greek sample. Journal of Trauma & Dissociation, 22(5), 522–539. https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1869648

74. Uyan, T. T., Baltacioglu, M., & Hocaoglu, C. (2022). Relationships between childhood trauma and dissociative, psychotic symptoms in patients with schizophrenia: a case-control study. General psychiatry, 35(1), e100659. https://doi.org/10.1136/gpsych-2021-100659
75. Van der Kolk, B. A., & Van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. The American journal of psychiatry, 146(12), 1530–1540. https://doi.org/10.1176/ajp.146.12.1530
76. Van Nierop, M., Van Os, J., Gunther, N., Van Zelst, C., De Graaf, R., Ten Have, M., Van Dorsselaer, S., Bak, M., Myin-Germeys, I., & Van Winkel, R. (2014). Does social defeat mediate the association between childhood trauma and psychosis? Evidence from the NEMESIS-2 Study. Acta psychiatrica Scandinavica, 129(6), 467–476. https://doi.org/10.1111/acps.12212
77. Varese, F., Barkus, E., & Bentall, R. P. (2012). Dissociation mediates the relationship between childhood trauma and hallucination-proneness. Psychological medicine, 42(5), 1025–1036. https://doi.org/10.1017/S0033291711001826
78. Varese, F., Sellwood, W., Pulford, D., Awenat, Y., Bird, L., Bhutani, G., Carter, L. A., Davies, L., Aseem, S., Davis, C., Hefferman-Clarke, R., Hilton, C., Horne, G., Keane, D., Logie, R., Malkin, D., Potter, F., van den Berg, D., Zia, S., & Bentall, R. P. (2024). Trauma-focused therapy in early psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial of EMDR for psychosis (EMDRp) in early intervention settings. Psychological medicine, 54(5), 874–885. https://doi.org/10.1017/S0033291723002532
79. Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., & Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. Schizophrenia bulletin, 38(4), 661–671. https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050
80. Verdoux, H., Sibert, A., & Quiles, C. (2022). Trauma and resistance to antipsychotic treatment in schizophrenia: A narrative review. Psychiatry research, 309, 114392. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114392

81. Wold, K. F., Ottesen, A., Flaaten, C. B., Kreis, I., Lagerberg, T. V., Romm, K. L., Simonsen, C., Widing, L., Åsbø, G., & Melle, I. (2024). Childhood trauma and treatment resistance in first-episode psychosis: Investigating the role of premorbid adjustment and duration of untreated psychosis. Schizophrenia research, 270, 441–450. https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.07.001
82. Wood, H. J., Babusci, C., Bendall, S., Sarpal, D. K., & Jones, N. (2023). Trauma and Trauma-Informed Care in Early Intervention in Psychosis: State of Implementation and Provider Views on Challenges. Psychiatric services (Washington, D.C.), 74(12), 1240–1246. https://doi.org/10.1176/appi.ps.20220624
83. Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. Schizophrenia bulletin, 34(3), 523–537. https://doi.org/10.1093/schbul/sbm114
84. Zhou, L., Sommer, I. E. C., Yang, P., Sikirin, L., van Os, J., Bentall, R. P., Varese, F., & Begemann, M. J. H. (2025). What Do Four Decades of Research Tell Us About the Association Between Childhood Adversity and Psychosis: An Updated and Extended Multi-Level Meta-Analysis. The American journal of psychiatry, 182(4), 360–372. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20240456