

Ερευνητική εργασία

Ερωτηματολόγιο Παιδικού Τραύματος (CTQ): Μετάφραση και ψυχομετρική επικύρωση σε ελληνικό γενικό και κλινικό πληθυσμό

Αφροδίτη Στεφανή,¹ Άννα Μαυρίδου,² Στέλιος Χατζηιωαννίδης,³ Βασίλειος Π. Μποζίκας,³
Αγοραστός Αγοραστός³

¹Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,

²Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης,

³Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΡΘΡΟΥ: Παραλήφθηκε 3 Οκτωβρίου 2023/Αναθεωρήθηκε 15 Φεβρουαρίου 2024/Δημοσιεύθηκε Διαδικτυακά 28 Φεβρουαρίου 2024

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έκθεση σε παιδικό τραύμα εμφανίζει εξαιρετικά υψηλό επιπολασμό σε παγκόσμιο επίπεδο, καθώς περίπου δύο τρίτα των ανθρώπων αναφέρουν τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία. Η έγκυρη ψυχομετρική αποτύπωση τέτοιων εμπειριών αποτελεί όμως σημαντική πρόκληση στην κλινική έρευνα και πράξη. Το ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς του Παιδικού Τραύματος (Childhood Trauma Questionnaire – Short Form, CTQ-SF) αποτελεί σήμερα το πιο έγκυρο και διεθνώς ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο για την αναδρομική αξιολόγηση τραυματικών εμπειριών κατά την παιδική ηλικία. Η παρούσα μελέτη είχε ως πρωταρχικό σκοπό τη μετάφραση του ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα και την ψυχομετρική επικύρωσή του σε ελληνικό γενικό και κλινικό πληθυσμό. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ηλεκτρονικά την ελληνική μετάφραση του CTQ-SF μαζί με το Ερωτηματολόγιο Πρώιμου Τραύματος (ETI-SR-SF), την Κλίμακα Συμπτωμάτων Τραύματος (TSC-40), την Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συναισθήματος (PANAS-SF), την Κλίμακα Μέτρησης Ευεξίας (WHO-5) και το Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς (PHQ-4) για την ψυχομετρική επικύρωση του ερωτηματολογίου και την εξέταση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του (εσωτερική συνοχή και συντρέχουσα, συγκλίνουσα και αποκλίνουσα εγκυρότητα), αλλά και τη διερεύνηση της συσχέτισης της έκθεσης σε παιδικό τραύμα με την ψυχολογική ευεξία και την παρούσα αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία. Το συνολικό δείγμα της έρευνας (ΣΔ) αποτελούνταν από 722 ενήλικους, από το οποίο 155 δήλωσαν την ύπαρξη ψυχιατρικής διάγνωσης (ΨΔ) και 567 αποτέλεσαν το δείγμα γενικού πληθυσμού (ΓΠ) χωρίς ψυχιατρικό ιστορικό. Οι πιο κοινοί τύποι τραύματος στο ΣΔ ήταν η συναισθηματική κακοποίηση (29,1%), η συναισθηματική παραμέληση (23,7%) και η σωματική κακοποίηση (24,6%). Το ερωτηματολόγιο έδειξε υψηλά επίπεδα εσωτερικής συνοχής με βάση τον συντελεστή Cronbach α (ΣΔ=0,92, ΨΔ=0,92, ΓΠ=0,92), υψηλή συντρέχουσα και συγκλίνουσα εγκυρότητα και ικανοποιητική αποκλίνουσα εγκυρότητα στο ΣΔ, ΨΔ και ΓΠ αντίστοιχα. Επιπλέον, το ανακαλούμενο από το άτομο παιδικό τραύμα φάνηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικώς θετικά με το αρνητικό συναίσθημα και τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης και αρνητικά με την ψυχολογική ευεξία στο ΣΔ, ΨΔ και ΓΠ αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαιώνουν ότι το μεταφρασμένο στα Ελληνικά Ερωτηματολόγιο Παιδικού Τραύματος (CTQ-SF) είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αναδρομική αξιολόγηση των τραυματικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας τόσο στον γενικό όσο και στον κλινικό ενήλικο ελληνικό πληθυσμό.

ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ: Παιδικό τραύμα, κακοποίηση, παραμέληση, μετάφραση, αξιοπιστία, εγκυρότητα.

Εισαγωγή

Το ψυχολογικό τραύμα ορίζεται ως η συναισθηματική και βιολογική αντίδραση σε ιδιαίτερα στρεσογόνες καταστάσεις, οι οποίες ενέχουν απειλή της σωματικής ακεραιότητας ή κίνδυνο τραυματισμού ή θανάτου του εαυτού ή άλλων, προκαλούν τρόμο, φόβο ή αίσθημα αβοήθητου και υπερβαίνουν την ικανότητα ενός ατόμου να τις διαχειριστεί και να τις αντεπεξέλθει αποκαθιστώντας την αναμενόμενη λειτουργικότητά του.¹ Ο όρος Παιδικό Τραύμα (childhood trauma/adversity, ΠΤ) αντιπροσωπεύει μία ειδική μορφή του ψυχολογικού τραύματος και ορίζεται ως ένα τραυματικό γεγονός κακοποίησης ή παραμέλησης που λαμβάνει χώρα πριν το 18ο έτος της ηλικίας ενός ατόμου, δηλαδή πριν την ολοκλήρωση της σωματικής και ψυχολογικής ανάπτυξης.²⁻⁵ Το ΠΤ περιλαμβάνει την ενεργητική και την παθητική κακοποίηση (παραμέληση).^{6,7} Η ενεργητική κακοποίηση περιλαμβάνει τη σωματική, σεξουαλική και συναισθηματική κακοποίηση, ενώ η παθητική κακοποίηση περιλαμβάνει τη σωματική και τη συναισθηματική παραμέληση.

Το ΠΤ συνιστά μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας, με περίπου 2/3 του ενήλικου γενικού πληθυσμού να έχει βιώσει κάποια μορφή ΠΤ κατά την παιδική/εφηβική ηλικία.^{8,9} Το ΠΤ εκθέτει το άτομο σε τοξικό στρες σε αναπτυξιακά στάδια υψηλής ευαλωτότητας και νευροπλαστικότητας με χρόνιες δυσμενείς επιπτώσεις στη συνολική ψυχική και τη σωματική υγεία μακροπρόθεσμα.^{3,4,10-16} Ο ιδιαίτερος αντίκτυπος του ΠΤ στην ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού εξαρτάται από την ηλικία του παιδιού κατά την έκθεση σε αυτό, τη διάρκεια και τη συχνότητά του και από τη συμμετοχή ή μη σε αυτό άμεσων φροντιστών.^{3,4,17}

Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες του ΠΤ μπορούν, λοιπόν, να εκληφθούν ως ένας κοινός αναπτυξιακός παράγοντας κινδύνου για ψυχική και σωματική νοσηρότητα και θνητότητα στην ενήλικη ζωή.¹⁸⁻²¹ Για τον λόγο αυτόν, η έγκυρη αξιολόγηση της πιθανής έκθεσης σε ΠΤ είναι θέμα κεντρικής σημασίας.²² Τα περισσότερα ερευνητικά όργανα αξιολόγησης του παιδικού τραύματος αφορούν σε αναδρομικά ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς. Στη διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχουν ποικίλα διαθέσιμα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση του ΠΤ,²³ ωστόσο η διαθεσιμότητα μεταφρασμένων και προσαρμοσμένων στον ελληνικό πληθυσμό κλιμάκων είναι περιορισμένη. Για τον λόγο αυτόν, καθίσταται ιδιαίτερα σημαντικό να αναπτυχθεί η ελληνική έκδοση ενός ερευνητικά και κλινικά διαδομένου και αξιόπιστου εργαλείου για την εκτίμηση της έκθεσης σε ΠΤ, το οποίο θα επιτρέψει την καλύτερη μελέτη του φαινομένου στον ελληνικό πληθυσμό.

Ένα από τα σημαντικότερα ερωτηματολόγια που αξιολογούν το ΠΤ διεθνώς είναι η σύντομη μορφή του Ερωτηματολογίου Παιδικού Τραύματος (Childhood Trauma Questionnaire - Short Form, CTQ-SF).²⁴ Το ε-

ρωτηματολόγιο αυτό αξιολογεί ένα ευρύ φάσμα τραυματικών εμπειριών και έχει πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, κάτι που έχει επιβεβαιωθεί από πλήθος ψυχομετρικών επικυρώσεων του σε διάφορες γλώσσες καθώς και από πολλές μελέτες σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια.²⁵⁻²⁷ Σε μία συστηματική συγκριτική μελέτη διαφόρων διαθέσιμων ερωτηματολογίων για την αξιολόγηση του ΠΤ με βάση τις ψυχομετρικές τους ιδιότητες, την παραγοντική δομή, το μέγεθος/ διάρκεια και ευκολία συμπλήρωσης, τους τύπους του παιδικού τραύματος που αξιολογούνται, τον αριθμό των επιμέρους ερωτήσεων, καθώς και την ερευνητική χρησιμότητα, συγκρισιμότητα και διαθεσιμότητα σε διαφορετικές γλώσσες, το CTQ-SF φάνηκε να ξεχωρίζει ιδιαίτερα με τις ψυχομετρικές του ιδιότητες, την ευρεία παραγοντική δομή του και την ευκολία χρήσης ανεξαρτήτως πλαισίου (π.χ. κλινικό και γενικός πληθυσμός).²⁸ Ωστόσο, με εξαίρεση μία πρώτη δημοσίευση από τους Κόλλιας και συν. σε ένα πολύ μικρό δείγμα 32 ασθενών με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο,²⁹ δεν έχει επικυρωθεί σε ευρύτερο ελληνικό πληθυσμό.

Επομένως, σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η ανάπτυξη μίας ελληνικής έκδοσης της σύντομης μορφής του CTQ-SF και η εξέταση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του με την επιμέρους διερεύνηση της εσωτερικής συνοχής, της συντρέχουσας, συγκλίνουσας και αποκλίνουσας εγκυρότητας και της παραγοντικής δομής του ερωτηματολογίου σε ένα μεγάλο δείγμα ελληνικού γενικού και κλινικού πληθυσμού. Ένας δευτερεύων σκοπός της εργασίας αυτής είναι η επιβεβαίωση της υπόθεσης πως η έκθεση σε παιδικό τραύμα σχετίζεται θετικά με το αρνητικό συναίσθημα και τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και αρνητικά με την ψυχολογική ευεξία.

Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Βιοηθικής της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Μετάφραση του ερωτηματολογίου CTQ-SF στα Ελληνικά

Η σύντομη μορφή του Ερωτηματολογίου Παιδικού Τραύματος (Childhood Trauma Questionnaire - Short Form, CTQ-SF)²⁴ είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς που αξιολογεί αναδρομικά ένα ευρύ φάσμα τραυματικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας μέσω 28 ερωτήσεων κλίμακας τύπου Likert 5 διαβαθμίσεων (1: Δεν συνέβαινε ποτέ, έως 5: Συνέβαινε πολύ συχνά). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 5 υποκλίμακες, οι οποίες αξιολογούν διαφορετικούς τύπους τραύματος: σωματική συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση και σωματική και συ-

ναισθηματική παραμέληση. Υπάρχει μια επιπλέον υποκλίμακα αξιοπιστίας αποτελούμενη από 3 ερωτήσεις. Η τελική μετάφραση που χρησιμοποιήθηκε σε αυτήν την έρευνα παρατίθεται στο Supplementary Material. Η διαδικασία της μετάφρασης του ερωτηματολογίου στα Ελληνικά πραγματοποιήθηκε με βάση διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες³⁰ που περιγράφονται στην αντίστοιχη λεζάντα.

Συλλογή δεδομένων

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια ποσοτική συγχρονική έρευνα δειγματοληπτικού τύπου τυχαίου δείγματος που απευθύνθηκε σε γενικό πληθυσμό με μοναδικό περιορισμό την άριστη γνώση της ελληνικής γλώσσας και τη συμπλήρωση του 18ου έτους ηλικίας. Η συλλογή του δείγματος της έρευνας πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονικά από τον Ιούνιο μέχρι το Σεπτέμβριο του 2022. Οι συμμετέχοντες προσεγγίστηκαν μέσω ηλεκτρονικών μέσων και παραπέμπονταν αρχικά στη φόρμα ενημέρωσης και συγκατάθεσης για την εθελοντική συμμετοχή τους. Μετά τη συναίνεση, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο με δημογραφικά στοιχεία και 6 επιμέρους ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς, τα οποία περιγράφονται αναλυτικά στη συνέχεια. Τέλος, οι συμμετέχοντες ζητήθηκε να απαντήσουν στην ερώτηση «Έχετε διαγνωσθεί ποτέ με κάποια Ψυχιατρική Διαταραχή;», με βάση την οποία κατηγοριοποιήθηκαν κατά τη στατιστική ανάλυση.

Άλλα ερωτηματολόγια

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα συμπλήρωσαν τα ακόλουθα ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς.

1. Το Ερωτηματολόγιο Πρώιμου Τραύματος (Early Trauma Inventory, ETI-SR-SF)^{31,32} αποτελείται από 27 ερωτήσεις αυτο-αναφοράς (NAI/OXI) και αξιολογεί τέσσερις τύπους τραυματικών εμπειριών που μπορεί να έχουν βιώσει οι άνθρωποι πριν από την ηλικία των 18 ετών: (α) ποικίλης αιτιολογίας – γενικό τραύμα, (β) σωματικής κακοποίησης, (γ) συναισθηματικής κακοποίησης και (δ) σεξουαλικής κακοποίησης ή παρενόχλησης. Η βαθμολογία για κάθε τύπο τραύματος μπορεί να υπολογιστεί συνοψίζοντας τις καταφατικές απαντήσεις για τα τραυματικά συμβάντα κάθε υποκλίμακας. Η συνολική βαθμολογία υπολογίζεται από το άθροισμα των τεσσάρων βαθμολογιών των υποκλιμάκων. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και επικυρωθεί στον ελληνικό πληθυσμό με ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια ($\alpha=0,91$).³³
2. Ο Κατάλογος Συμπτωμάτων Τραύματος (Trauma Symptom Checklist, TSC-40)³⁴ αποτελείται από 40 ερωτήσεις 4-βαθμης κλίμακας τύπου Likert (0: ποτέ έως 3: συχνά, συνολική βαθμολογία 0–120) και

αξιολογεί τη συχνότητα συμπτωμάτων έξι κλινικών πτυχών της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες τους τελευταίους δύο μήνες: άγχος, κατάθλιψη, αποσύνδεση, δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης, σεξουαλικά προβλήματα και διαταραχές ύπνου. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια ($\alpha=0,89-0,91$) και έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά.³³

3. Η Κλίμακα Θετικού και Αρνητικού Συναισθήματος (Positive Affect Negative Affect Scale – Short Form, PANAS-SF)³⁵ είναι μια κλίμακα τύπου Likert πέντε διαβαθμίσεων από (1: πολύ λίγο, έως 5: πάρα πολύ, συνολική αθροιστική βαθμολογία 20–100), που μετρά τη συναισθηματική κατάσταση ενός ατόμου κατά τον τελευταίο χρόνο. Απαρτίζεται από δύο υποκλίμακες (υποκλίμακα θετικού συναισθήματος, π.χ. «Ξετρελαμένος/η», «Δυνατός/ή» και υποκλίμακα αρνητικού συναισθήματος, π.χ. «Πιεσμένος/η», «Αναστατωμένος/η»), κάθε μία εκ των οποίων περιλαμβάνει 10 συναισθηματικούς αυτο-χαρακτηρισμούς. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και επικυρωθεί στον ελληνικό πληθυσμό με ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια (υποκλίμακα Θετικού Συναισθήματος: $\alpha=0,71$, υποκλίμακα Αρνητικού Συναισθήματος: $\alpha=0,79$).³⁶
4. Το Ερωτηματολόγιο Ευεξίας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας πέντε στοιχείων (World Health Organization - Five Well-Being Index, WHO-5)³⁷ είναι ένα σύντομο ερωτηματολόγιο με μια κλίμακα τύπου Likert 6 διαβαθμίσεων (0: Ποτέ, έως 5: Όλον τον καιρό), που αξιολογεί την υποκειμενική ψυχολογική ευεξία τις δύο περασμένες εβδομάδες μέσω θετικών διατυπωμένων ερωτήσεων. Η συνολική ακατέργαστη βαθμολογία κυμαίνεται από το 0 έως το 25 και μετατρέπεται σε εκατοστιαία βαθμολογία (0–100). Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και επικυρωθεί στον ελληνικό πληθυσμό με ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια ($\alpha = 0,83$).³⁸
5. Το Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς (Patient Health Questionnaire-4, PHQ-4)³⁹ είναι ένα εξαιρετικά σύντομο εργαλείο για την ανίχνευση καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών που αποτελείται από 4 ερωτήσεις-προτάσεις σε μια 4-βαθμη κλίμακα τύπου Likert (0: καθόλου, έως 3: σχεδόν κάθε μέρα, συνολική αθροιστική βαθμολογία 0–12) ανάλογα με τη συχνότητα των συγκεκριμένων προβλημάτων τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και επικυρωθεί στον ελληνικό πληθυσμό με ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια ($\alpha = 0,74$).⁴⁰

Στατιστική ανάλυση

Οι στατιστικές αναλύσεις της έρευνας πραγματοποιήθηκαν τόσο στο σύνολο του δείγματος (Συνολικό Δείγμα, ΣΔ), όσο και ξεχωριστά στην ομάδα συμμετε-

χόντων που δήλωσαν απουσία ψυχιατρικής διάγνωσης (Γενικός Πληθυσμός, ΓΠ) και θετικό ιστορικό ψυχιατρικής διάγνωσης (Ψυχιατρικό Δείγμα, ΨΔ). Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν οι εξής διαδικασίες:

- Υπολογισμός του Cronbach's Alpha (α) για τον έλεγχο της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας όλων των εργαλείων και των υποκλιμάκων.
- Έλεγχος χ^2 -test και t-test ανεξάρτητων δειγμάτων για τον εντοπισμό διαφορών στα δημογραφικά στοιχεία, τη συχνότητα τύπων παιδικού τραύματος και τον μέσο όρο της συνολικής κλίμακας και των υποκλιμάκων του CTQ-SF ανάμεσα σε ΓΠ και ΨΔ αντίστοιχα.
- Ανάλυση συσχέτισης του Pearson (r) για να ερευνηθούν οι συσχετίσεις ανάμεσα σε κλίμακες και υποκλίμακες ερωτηματολογίων, για την εξέταση συντρέχουσας (ETI-SR-SF), συγκλίνουσας (TSC-40) και αποκλίνουσας εγκυρότητας (Υποκλίμακα Θετικού Συναισθήματος - PANAS-SF) του CTQ-SF και των υποκλιμάκων του, καθώς και για τη διερεύνηση της συσχέτισής του με το αρνητικό συναίσθημα (Υποκλίμακα Αρνητικού Συναισθήματος - PANAS-SF), την ψυχολογική ευεξία (WHO-5) και τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (PHQ-4).
- Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση (confirmatory factor analysis, CFA) για το ΓΠ και το ΨΔ στην κλίμακα CTQ-SF.

Αποτελέσματα

Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτελείτο από 722 άτομα (ΣΔ). Από το σύνολο των συμμετεχόντων 155 άτομα (21,5%) απάντησαν ότι έχουν λάβει ψυχιατρική διάγνωση (ΨΔ), ενώ 567 (78,5%) δεν ανέφεραν ιστορικό ψυχιατρικής διάγνωσης και αποτέλεσαν το δείγμα του γενικού πληθυσμού (ΓΠ). Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 1. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα δημογραφικά στοιχεία μεταξύ του ΓΠ και του ΨΔ (δεν αναφέρονται). Παρατηρήθηκαν αντιθέτως στατιστικά σημαντικές διαφορές στο συνολικό σκορ καθώς και σε όλες τις υποκλίμακες του CTQ-SF μεταξύ του ΓΠ και του ΨΔ, με το ΨΔ να εμφανίζει υψηλότερο μέσο όρο από το ΓΠ (πίνακας 2). Με βάση τα προτεινόμενα cut-off κριτήρια, ο πιο κοινός τύπος τραύματος (μετρίου ή σοβαρού βαθμού) που αναφέρθηκε στο ΣΔ ήταν η συναισθηματική κακοποίηση (στο 29,1% όλων των συμμετεχόντων), ενώ δεύτερος συχνότερος τύπος τραύματος αναφέρθηκε η συναισθηματική παραμέληση (στο 23,7% όλων των συμμετεχόντων) (πίνακας 2). Το δείγμα ΨΔ εμφάνισε στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ποσοστά θετικού ιστορικού ΠΤ, καθώς και αριθμού διαφορετικών κατηγοριών παιδικού τραύματος σε σχέση με το ΓΠ (πίνακας 3).

Συντρέχουσα εγκυρότητα

Για τον υπολογισμό της συντρέχουσας εγκυρότητας χρησιμοποιήθηκε η ελληνική επικυρωμένη μετάφραση του ερωτηματολογίου ETI-SR-SF,³³ το οποίο μετρά το πρώιμο τραύμα, δηλαδή την ίδια μεταβλητή που μετρά και το CTQ-SF. Η ανάλυση έδειξε στατιστικώς πολύ σημαντική συσχέτιση των βαθμολογιών, τόσο των δύο συνολικών κλιμάκων, όσο και των επιμέρους υποκλιμάκων (πίνακας 4), με εξαίρεση τις υποκλίμακες «Τραύμα από σεξουαλική κακοποίηση» του ETI-SR-SF και την υποκλίμακα σωματικής κακοποίησης του CTQ-SF στο ΓΠ που μεμονωμένα δεν παρουσίασαν στατιστικώς σημαντική συσχέτιση.

Συγκλίνουσα εγκυρότητα

Για τον υπολογισμό της συγκλίνουσας εγκυρότητας χρησιμοποιήθηκε η ελληνική επικυρωμένη μετάφραση της κλίμακας TSC-40,³³ που μετρά διάφορους τύπους μετα-τραυματικών συμπτωμάτων, δηλαδή μία σχετιζόμενη, αλλά όχι ίδια μεταβλητή με το CTQ-SF. Η συνολική κλίμακα του CTQ-SF σχετίστηκε στατιστικώς πολύ σημαντικά τόσο με τη συνολική κλίμακα του TSC-40, όσο και με όλες υποκλίμακες του ερωτηματολογίου. Στατιστικώς σημαντική ήταν η συσχέτιση και των επιμέρους υποκλιμάκων του CTQ-SF με τη συνολική κλίμακα και τις υποκλίμακες του TSC-40 (πίνακας 4).

Εσωτερική συνέπεια

Το συνολικό ερωτηματολόγιο έδειξε εξαιρετικά καλή εσωτερική συνέπεια, τόσο στο συνολικό δείγμα ($\alpha=0,92$), όσο και ξεχωριστά στο ΨΔ και στο ΓΠ ($\alpha=0,92$ και $\alpha=0,91$ αντίστοιχα). Οι επιμέρους τιμές των συντελεστών α των πέντε υποκλιμάκων στο ΣΔ, ΓΠ και ΨΔ αντίστοιχα παρατίθενται στον πίνακα S1, σε αντιπαράθεση με αναφορές εργασιών από αποτελέσματα στάθμισης μεταφράσεων του ίδιου ερωτηματολογίου σε άλλες γλώσσες.

Αποκλίνουσα εγκυρότητα και συσχέτιση με αρνητικό συναίσθημα, άγχος και κατάθλιψη

Για τον υπολογισμό της αποκλίνουσας εγκυρότητας χρησιμοποιήθηκε η ελληνική επικυρωμένη μετάφραση της Υποκλίμακας Θετικού Συναισθήματος του ερωτηματολογίου PANAS-SF³⁶ και του ερωτηματολογίου WHO-5,³⁸ προκειμένου να διαπιστωθεί η απουσία σχέσης του CTQ-SF με μία κλίμακα μη σχετικού περιεχομένου. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση των τιμών της συνολικής βαθμολογίας του CTQ-SF με τις τιμές της υποκλίμακας Θετικού Συναισθήματος της κλίμακας PANAS στο ΣΔ και ΓΠ και απουσία στατιστικά σημαντικής συσχέτισης στο ΨΔ (πίνακας 4), ενώ η συνολική βαθμολογία του CTQ-SF συσχέτιστηκε στα-

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων.

	Συνολικό δείγμα (N=722)	Γενικός πληθυσμός (N=567)	Ψυχιατρικό δείγμα (N=155)
Φύλο			
Ανδρας	112 (15,5%)	91 (16,0%)	21 (13,5%)
Γυναίκα	606 (83,9%)	474 (83,6%)	132 (85,2%)
Άλλο	4 (0,6%)	2 (0,4%)	2 (1,3%)
Ηλικία			
18–25	107 (14,8%)	91 (16,0%)	16 (10,3%)
25–35	195 (27,0%)	153 (27,0%)	42 (27,1%)
35–50	290 (40,2%)	212 (37,4%)	78 (50,3%)
50–65	119 (16,5%)	100 (17,6%)	19 (12,3%)
65+	11 (1,5%)	11 (1,9%)	0 (0,0%)
Χώρα γέννησης			
Ελλάδα	678 (93,9%)	537 (94,7%)	141 (91,0%)
Άλλη χώρα της Ευρώπης	31 (4,3%)	23 (4,1%)	8 (5,2%)
Άλλη χώρα	12 (1,7%)	6 (1,1%)	6 (3,9%)
Οικογενειακή κατάσταση			
Άγαμος/η χωρίς σχέση	163 (22,6%)	127 (22,4%)	36 (23,2%)
Άγαμος/η με σχέση	108 (15,0%)	78 (13,8%)	30 (19,4%)
Συμβίωση & συγκατοίκηση με σύντροφο	76 (10,5%)	64 (11,3%)	12 (7,7%)
Έγγαμος/η (ή σύμφωνο συμβίωσης)	313 (43,4%)	253 (44,6%)	60 (38,7%)
Διαζευγμένος/η (ή σε διάσταση)	51 (7,1%)	36 (6,3%)	15 (9,7%)
Χήρος/α	10 (1,4%)	8 (1,4%)	2 (1,3%)
Παιδιά			
Όχι	373 (51,7%)	290 (51,1%)	83 (53,5%)
Ναι	342 (47,4%)	273 (48,1%)	69 (44,5%)
Αδέλφια			
Όχι	84 (11,6%)	59 (10,4%)	25 (16,1%)
Ναι	628 (87,0%)	498 (87,8%)	130 (83,9%)
Ανατροφή			
Και με τους 2 γονείς	657 (91,0%)	523 (92,2%)	134 (86,5%)
Μόνο με τη μητέρα	32 (4,4%)	21 (3,7%)	11 (7,1%)
Μόνο με τη μητέρα και άλλον/η σύντροφο	15 (2,1%)	10 (1,8%)	5 (3,2%)
Μόνο με τον πατέρα	5 (0,7%)	3 (0,5%)	2 (1,3%)
Με τον πατέρα και άλλη/ον σύντροφο	1 (0,1%)	1 (0,2%)	0 (0,0%)
Με τον παππού ή/και τη γιαγιά	7 (1,0%)	5 (0,9%)	2 (1,3%)
Σε άλλη οικογένεια	2 (0,3%)	1 (0,2%)	1 (0,6%)
Μορφωτικό επίπεδο			
Απόφοιτος Δημοτικού	3 (0,4%)	2 (0,4%)	1 (0,6%)
Απόφοιτος Λυκείου	124 (17,2%)	83 (14,6%)	41 (26,5%)
Απόφοιτος ΤΕΙ ή ΑΕΙ	285 (39,5%)	225 (39,7%)	60 (38,7%)
Κάτοχος Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού	306 (42,4%)	253 (44,6%)	53 (34,2%)
Εργασιακή κατάσταση			
Δημόσιος Υπάλληλος/Συμβασιούχος στον Δημόσιο Τομέα	211 (29,2%)	174 (30,7%)	37 (23,9%)
Μισθωτός/ή στον Ιδιωτικό Τομέα	191 (26,5%)	153 (27,0%)	38 (24,5%)

Πίνακας 1. Συνέχεια.

	Συνολικό δείγμα (N=722)	Γενικός πληθυσμός (N=567)	Ψυχιατρικό δείγμα (N=155)
Αυτοαπασχολούμενος/η – Ελεύθερος Επαγγελματίας	141 (19,5%)	107 (18,9%)	34 (21,9%)
Συνταξιούχος	21 (2,9%)	19 (3,4%)	2 (1,3%)
Άνεργος/η (ψάχνετε για εργασία)	55 (7,6%)	34 (6,0%)	21 (13,6%)
Οικιακά	19 (2,6%)	12 (2,1%)	7 (4,5%)
Φοιτητής/τρια	82 (11,4%)	66 (11,6%)	16 (10,3%)
Ψυχιατρική Διάγνωση			
Όχι	567 (78,5%)		
Ναι	155 (21,5%)		
Αγχώδης Διαταραχή			72 (46,5%)
Κατάθλιψη			59 (38,1%)
Άλλη Διάγνωση			24 (15,4%)
Ψυχοφαρμακευτική αγωγή			
Όχι			65 (41,9%)
Ναι			90 (58,1%)

Τα αποτελέσματα αναφέρονται ως ακέραιοι αριθμοί (ποσοστό επί τοις εκατό)

τιστικά σημαντικά αρνητικά με την ψυχολογική ευεξία όπως αποδίδεται από το WHO-5 στο ΣΔ και στο ΓΠ και παρουσίασε απουσία στατιστικά σημαντικής συσχέτισης στο ΨΔ. Αντίθετα, η συνολική βαθμολογία του CTQ-SF βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με την υποκλίμακα Αρνητικού Συναισθήματος της κλίμακας PANAS στο ΣΔ, στο ΓΠ και στο ΨΔ. Τέλος, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση των τιμών της συνολικής βαθμολογίας του CTQ-SF με τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης που αναφέρουν στο παρόν όπως μετρούνται από την ελληνική επικυρωμένη μετάφραση του ερωτηματολογίου PHQ-4.

Παραγοντική ανάλυση

Πραγματοποιήθηκε Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση (CFA) για το ΓΠ και το ΨΔ, προκειμένου να διαπιστωθεί αν η προκαθορισμένη δομή των 5 παραγόντων του ερωτηματολογίου επιβεβαιώνεται στο ελληνικό δείγμα. Στο ΓΠ, οι δείκτες προσαρμογής του μοντέλου έδειξαν ικανοποιητική προσαρμογή στα δεδομένα: $\chi^2=949$, $df=265$, $p<0,001$, $CFI=0,914$, $TLI=0,903$, $SRMR=0,044$, $RMSEA=0,067$, $RMSEA\ 90\% \text{ CI}=0,063-0,072$ (με φορτίσεις κλίμακας στις τυποποιημένες τιμές: 0,485–0,891), ενώ όλες οι ερωτήσεις φορτώνουν στη λανθάνουσα μεταβλητή στατιστικά σημαντικά ($p<0,001$), επιβεβαιώνοντας την παραγοντική δομή των 5 λανθανουσών μεταβλητών ΓΠ. Στο ΨΔ, οι δείκτες προσαρμογής έδειξαν μια στατιστικά σημαντική αλλά συγκριτικά λιγότερο ικανοποιητική προσαρμογή στα δεδομένα: $\chi^2=538$,

$df=265$, $p<0,001$, $CFI=0,883$, $TLI=0,868$, $SRMR=0,061$, $RMSEA=0,082$, $RMSEA\ 90\% \text{ CI}=0,072-0,091$ με όλες τις ερωτήσεις να φορτώνουν στη λανθάνουσα μεταβλητή στατιστικά σημαντικά ($p<0,001$), εκτός μίας ερώτησης του παράγοντα Σωματική Παραμέληση να εμφανίζει τιμή $.270<0,40$, η οποία φορτώνει στη λανθάνουσα μεταβλητή σε επίπεδο $p<0,05$.

Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα, η κλίμακα CTQ-SF μεταφράστηκε και επικυρώθηκε ψυχομετρικά σε ένα δείγμα ενηλίκων Ελλήνων, αποτελούμενο τόσο από άτομα που έχουν λάβει ψυχιατρική διάγνωση όσο και από άτομα γενικού πληθυσμού.

Η συνολική κλίμακα CTQ-SF και οι πέντε υποκλίμακες παρουσιάζουν υψηλή εσωτερική συνέπεια τόσο στην παρούσα μελέτη, όσο και σε μελέτες προσαρμογής του ερωτηματολογίου σε άλλες χώρες (πίνακας S1). Τόσο στην προσαρμογή του ερωτηματολογίου στον ελληνικό πληθυσμό, όσο και σε διεθνείς μελέτες, οι υψηλότερες τιμές του συντελεστή α παρατηρούνται στην υποκλίμακα της Σεξουαλικής Κακοποίησης,^{25-27,35,36} ενώ οι χαμηλότερες τιμές παρατηρούνται στην υποκλίμακα της Σωματικής Παραμέλησης (πίνακας 4).^{25,35,36} Οι χαμηλότερες τιμές της εσωτερικής συνέπειας της υποκλίμακας «Σωματική Παραμέληση» μπορούν να εξηγηθούν από την ποικιλομορφία των στοιχείων αυτής της υποκλίμακας.³⁷

Πίνακας 2. Ψυχομετρική βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου CTQ-SF και ποσοστά συμμετεχόντων με θετικό ιστορικό παιδικού τραύματος.

	Συνολικό δείγμα (n=722)	Γενικός πληθυσμός (n=567)	Ψυχιατρικό δείγμα (n=155)	ΓΠ vs ΨΔ	
				t/x ²	p
Συνολικό παιδικό τραύμα					
Συνολική βαθμολογία	40,8 (15,3)	38,3 (13,7)	50 (17,6)	7,457	<0,05
Συναισθηματική κακοποίηση					
Συνολική βαθμολογία	10,3 (5,4)	9,4 (4,9)	13,6 (5,7)	8,296	<0,05
Συμμετέχοντες άνω του cut-off	208 (29,1%)	122 (21,7%)	86 (56,6%)	70,708	<0,001
Σωματική κακοποίηση					
Συνολική βαθμολογία	6,9 (3,5)	6,5 (3,1)	8,1 (4,5)	4,059	<0,05
Συμμετέχοντες άνω του cut-off	104 (14,6%)	65 (11,6%)	39 (25,6%)	19,093	<0,001
Σεξουαλική κακοποίηση					
Συνολική βαθμολογία	6,3 (3,4)	6,1 (2,9)	7,3 (4,6)	3,132	<0,05
Συμμετέχοντες άνω του cut-off	102 (14,3%)	65 (11,6%)	37 (24,0%)	15,213	<0,001
Συναισθηματική παραμέληση					
Συνολική βαθμολογία	10,8 (2,4)	10,1 (2,2)	13,6 (3,0)	7,694	<0,05
Συμμετέχοντες άνω του cut-off	171 (23,7%)	102 (18,1%)	69 (44,8%)	47,779	<0,001
Σωματική παραμέληση					
Συνολική βαθμολογία	6,5 (2,4)	6,3 (2,2)	7,3 (3,0)	3,952	<0,05
Συμμετέχοντες άνω του cut-off	72 (10,0%)	45 (7,9%)	27 (17,8%)	12,845	<0,001

Οι τιμές των συνεχών μεταβλητών παρουσιάζονται μέσω της μέσης τιμής (τυπικής απόκλισης), ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές μέσω των συχνοτήτων (%). Η συνολική βαθμολογία της κάθε υποκλίμακας κυμαίνεται από το 5 έως το 25 ανάλογα με τη σοβαρότητα του ιστορικού κακοποίησης σε κάθε τύπο. Οι βαθμολογίες διαχωρισμού (cut-off scores) με βάση τις οποίες γίνεται η διάκριση «μέτρια/υψηλή» (κακοποίηση ή παραμέληση) είναι ≥ 13 , ≥ 10 , ≥ 8 , ≥ 15 και ≥ 10 για τη συναισθηματική, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση και συναισθηματική και σωματική παραμέληση αντίστοιχα. Η σύγκριση μεταβλητών ανάμεσα στις δύο ομάδες εκτιμήθηκε χρησιμοποιώντας το t-test για τις συνεχείς μεταβλητές ανάλογα με την κατανομή τους, όπως και το χ^2 test, για κατηγορικές μεταβλητές.

Πίνακας 3. Αριθμός συμμετεχόντων σε σχέση με το ιστορικό έκθεσης σε ΠΤ και τον αριθμό διαφορετικών κατηγοριών ΠΤ με θετικό ιστορικό.

	Συνολικό δείγμα (N=697)	Γενικός πληθυσμός (N=550)	Ψυχιατρικό δείγμα (N=147)	ΓΠ vs ΨΔ	
				χ^2	p
Θετικό ιστορικό ΠΤ (NAI/OXI)	289 (43,5%)	190 (36,5%)	99 (69,0%)	51,400	<0,001
0 κατηγορίες	408 (56,5%)	360 (63,5%)	48 (31,0%)		
1 κατηγορία	100 (13,9%)	77 (13,6%)	23 (14,8%)	65,497	<0,001
2 κατηγορίες	88 (12,2%)	57 (10,1%)	31 (20,0%)		
3+ κατηγορίες	101 (14%)	56 (9,9%)	45 (29,0%)		

Οι τιμές των κατηγορικών μεταβλητών παρουσιάζονται μέσω των συχνοτήτων (αντίστοιχων ποσοστών, %). Η σύγκριση μεταβλητών ανάμεσα στις δύο ομάδες εκτιμήθηκε χρησιμοποιώντας το χ^2 test, για κατηγορικές μεταβλητές. Το θετικό ιστορικό ΠΤ (NAI/OXI) υποστηρίζεται από την ύπαρξη τουλάχιστον μίας κατηγορίας ΠΤ, στην οποία ο εξεταζόμενος αναφέρει κατ' ελάχιστον cut-off score (διάκρισης «μέτριας/υψηλής» κακοποίηση ή παραμέλησης).

Η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση του παιδικού τραύματος με διάφορους τύπους μετατραυματικών συμπτωμάτων. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα δεδομένα της υπάρχουσας βιβλιογρα-

φίας.⁴¹ Συγκεκριμένα, η αναφερόμενη σωματική και σεξουαλική κακοποίηση σχετίζεται με τη σοβαρότητα των μετατραυματικών συμπτωμάτων κάθε ασθενούς.¹⁷ Επίσης, οι ενήλικοι που ανέφεραν συχνές εμπειρίες σωματικής και συναισθηματικής κακοποίησης βρέθηκε να

Πίνακας 4. Συσχετίσεις (*r*) ανάμεσα στις κλίμακες CTQ-SF και ETI-SR-SF / TSC-40 (συντρέχουσα εγκυρότητα) και PANAS / WHO-5 / RHQ-4 (αποκλίνουσα εγκυρότητα) και τις υποκλίμακές τους.

	CTQ-SF Τύπος Τραύματος					
	Συναισθηματική κακοποίηση	Σωματική κακοποίηση	Σεξουαλική κακοποίηση	Συναισθηματική παραμέληση	Σωματική παραμέληση	Συνολική κλίμακα
ETI-SR-SF Τύπος Τραύματος						
Ποικίλης αιτιολογίας						
ΣΔ	0,451**	0,306**	0,254**	0,400**	0,375**	0,473**
ΓΠ	0,418**	0,254**	0,209**	0,360**	0,302**	0,418**
ΨΔ	0,458**	0,370**	0,301**	0,426**	0,487**	0,532**
Σωματική τιμωρία						
ΣΔ	0,511**	0,545**	0,202**	0,380**	0,316**	0,520**
ΓΠ	0,501**	0,514**	0,172**	0,366**	0,290**	0,501**
ΨΔ	0,495**	0,602**	0,212**	0,295**	0,317**	0,502**
Συναισθηματική κακοποίηση						
ΣΔ	0,735**	0,428**	0,227**	0,686**	0,374**	0,694**
ΓΠ	0,694**	0,439**	0,197**	0,675**	0,364**	0,694**
ΨΔ	0,715**	0,312**	0,205*	0,592**	0,299**	0,594**
Σεξουαλική κακοποίηση						
ΣΔ	0,200**	0,124**	0,640**	0,184**	0,159**	0,326**
ΓΠ	0,264**	0,074	0,609**	0,142**	0,098*	0,264**
ΨΔ	0,207*	0,187*	0,694**	0,226**	0,251**	0,416**
Συνολική κλίμακα						
ΣΔ	0,703**	0,499**	0,423**	0,624**	0,464**	0,734**
ΓΠ	0,705**	0,477**	0,385**	0,602**	0,417**	0,705**
ΨΔ	0,677**	0,500**	0,474**	0,572**	0,513**	0,738**
TSC-40 Υποκλίμακες						
Άγχος						
ΣΔ	0,484**	0,292**	0,269**	0,380**	0,355**	0,479**
ΓΠ	0,428**	0,230**	0,181**	0,341**	0,308**	0,412**
ΨΔ	0,367**	0,286**	0,343**	0,218*	0,346**	0,402**
Κατάθλιψη						
ΣΔ	0,547**	0,318**	0,278**	0,455**	0,368**	0,538**
ΓΠ	0,506**	0,289**	0,220**	0,438**	0,324**	0,505**
ΨΔ	0,436**	0,251*	0,313**	0,254*	0,351**	0,418**
Συμπτώματα αποσύνδεσης						
ΣΔ	0,454**	0,271**	0,286**	0,363**	0,330**	0,455**
ΓΠ	0,413**	0,239**	0,195**	0,345**	0,310**	0,408**
ΨΔ	0,318**	0,205*	0,368**	0,181*	0,255*	0,362**
Σεξουαλική κακοποίηση						
ΣΔ	0,507**	0,289**	0,314**	0,412**	0,362**	0,507**
ΓΠ	0,459**	0,237**	0,218**	0,380**	0,317**	0,449**
ΨΔ	0,424**	0,256*	0,402**	0,281**	0,342**	0,454**

Πίνακας 4. Συνέχεια.

	CTQ-SF Τύπος Τραύματος					
	Συναισθηματική κακοποίηση	Σωματική κακοποίηση	Σεξουαλική κακοποίηση	Συναισθηματική παραμέληση	Σωματική παραμέληση	Συνολική κλίμακα
Διαταραχές ύπνου						
ΣΔ	0,396**	0,273**	0,212**	0,325**	0,315**	0,411**
ΓΠ	0,333**	0,188**	0,149**	0,287**	0,284**	0,341**
ΨΔ	0,370**	0,368**	0,261**	0,221*	0,285**	0,406**
Σεξουαλικά προβλήματα						
ΣΔ	0,441**	0,223**	0,293**	0,350**	0,277**	0,432**
ΓΠ	0,393**	0,176**	0,224**	0,322**	0,230**	0,380**
ΨΔ	0,357**	0,189*	0,347**	0,203*	0,247*	0,360**
Συνολική κλίμακα						
ΣΔ	0,580**	0,342**	0,321**	0,471**	0,398**	0,571**
ΓΠ	0,535**	0,289**	0,240**	0,446**	0,347**	0,520**
ΨΔ	0,486**	0,330**	0,398**	0,306**	0,401**	0,506**
PANAS						
Θετικό Συναίσθημα						
ΣΔ	-0,095*	-0,051	0,013	-0,184**	-0,040	-0,102*
ΓΠ	-0,068	-0,060	0,047	-0,167**	-0,047	-0,088*
ΨΔ	0,019	0,057	0,017	-0,083	0,077	0,030
Αρνητικό Συναίσθημα						
ΣΔ	0,511**	0,279**	0,198**	0,425**	0,305**	0,473**
ΓΠ	0,473**	0,267**	0,165**	0,406**	0,286**	0,453**
ΨΔ	0,397**	0,171*	0,162*	0,241*	0,227*	0,317**
WHO-5						
ΣΔ	-0,240**	-0,175**	-0,075*	-,281**	-0,139**	-0,250**
ΓΠ	-0,209**	-0,158**	-0,034	-,280**	-0,144**	-0,237**
ΨΔ	-0,176*	-0,143	-0,097	-,148	-0,038	-0,158
RHQ-4						
ΣΔ	0,361**	0,206**	0,115*	,301**	0,195**	0,326**
ΓΠ	0,316**	0,169**	0,076	,283**	0,179**	0,290**
ΨΔ	0,284**	0,186*	0,102	,130	0,111	0,222*

* p<0,05, ** p<0,001

διατρέχουν ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο για παθολογία του ύπνου.^{42,43} Τέλος, η εμπειρία της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης μπορεί να επηρεάσει μακροπρόθεσμα τη σεξουαλική λειτουργία του ατόμου με μεγαλύτερο αντίκτυπο στην αυτο-αναφερόμενη σεξουαλική λειτουργία των γυναικών.^{44,45} Κατά την επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση, τα αποτελέσματά μας φαίνεται να συμφωνούν εξαιρετικά με το μοντέλο των κατασκευαστών.³¹

Η υπόθεση ότι το αντιληπτό παιδικό τραύμα θα συσχετίζεται με το αρνητικό συναίσθημα που βιώνει

στο παρόν επιβεβαιώθηκε από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Επίσης, το παιδικό τραύμα συσχετίστηκε αρνητικά με το θετικό συναίσθημα και την ψυχολογική ευεξία μόνο στο ΓΠ. Πράγματι, οι δυσμενείς εμπειρίες της παιδικής ηλικίας σχετίζονται με χαμηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή, χαμηλότερη ψυχολογική ευεξία και χαμηλότερη κοινωνική ευεξία.^{17,46} Διαχρονική έρευνα έδειξε ότι τα θύματα παιδικής κακοποίησης εμφάνισαν μειωμένη ψυχολογική ευεξία στην ενήλικη ζωή, όσον αφορά στην αυτοεκτίμηση, την αποδοχή, την αυτονομία, την τάση θυμού την αί-

σθηση του σκοπού στη ζωή, την ευτυχία και την ικανοποίηση από τη ζωή.⁴⁷⁻⁴⁹

Τέλος, η υπόθεση ότι το παιδικό τραύμα θα συσχετίζεται με τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης που βιώνει το άτομο στο παρόν επίσης επιβεβαιώθηκε από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Σύμφωνα με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας, το παιδικό τραύμα συσχετίζεται με διά βίου αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχοπαθολογίας, συμπεριλαμβανομένου του άγχους και της κατάθλιψης.^{11,50,51} Σε μετα-ανάλυση διαχρονικών μελετών, το παιδικό τραύμα φάνηκε να παρουσιάζει ισχυρότερη συσχέτιση με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, παρά με την αγχώδη, ενώ δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους επιμέρους τύπους του παιδικού τραύματος αναφορικά με τα μελλοντικά συμπτώματα,⁵² ενώ υπάρχουν και αντικρουόμενα εποτελέσματα.¹⁷ Στην παρούσα μελέτη η σεξουαλική κακοποίηση δεν φάνηκε να έχει στατιστικά σημαντική σχέση με την αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Στη μελέτη των Kollias et al²⁹ το CTQ-SF μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα, αλλά χορηγήθηκε μόνο σε 32 άτομα με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο για να ελεγχθεί η αξιοπιστία του. Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας των πέντε υποκλιμάκων ήταν ικανοποιητικός. Εξετάστηκε, επίσης, η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων, η οποία έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική, πολύ υψηλή συμφωνία στα σκορ μεταξύ των δύο χορηγήσεων του ερωτηματολογίου (ICCs>0,8). Από τη σύγκριση του κειμένου των δύο ανεξάρτητων μεταφράσεων δεν προέκυψαν παρά μικρές και όχι ουσιαστικές διαφορές. Από την άλλη, η απουσία επαναληπτικών μετρήσεων στη δική μας έρευνα αποτελεί έναν περιορισμό της μελέτης.

Επιπλέον περιορισμοί της μελέτης αυτής συμπεριλαμβάνουν την έλλειψη τυχαιοποίησης του διαδικτυακού δείγματος και τη διάκριση των δύο ομάδων βάσει αυτο-αναφερόμενης ψυχικής διαταραχής και όχι βάσει

αντικειμενικής κλινικής διάγνωσης από επαγγελματία ψυχικής υγείας. Επίσης, ο συγχρονικός και συσχετιστικός χαρακτήρας της έρευνας δεν επιτρέπει την παρατήρηση αιτιωδών σχέσεων, ενώ τα ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς μπορεί να ευθύνονται για πιθανές γνωστικές και μνημονικές μεροληψίες στις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Τέλος, αναφορικά με το δείγμα, υπήρχε υπερεκπροσώπηση των γυναικών και μειωμένος αριθμός ηλικιωμένων συμμετεχόντων, γεγονός που μειώνει τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων.

Συμπεράσματα

Συνολικά, υπάρχει στις ημέρες μας μία ύπιστη ανάγκη για βελτίωση των μεθόδων εντοπισμού, διάγνωσης και (συν)εκτίμησης της έκθεσης σε ΠΤ κατά την παιδική, αλλά και την ενήλικη ζωή. Πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό έκθεσης σε ΠΤ, τον αριθμό και το είδος των δυσάρεστων εμπειριών, θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην ακριβέστερη πρόβλεψη ανάπτυξης νόσου, απόκρισης στη θεραπεία, καθώς και στον σχεδιασμό στρατηγικών πρόληψης των αρνητικών επιδράσεων του τραύματος.⁵³ Ο εντοπισμός και η θεραπεία των «κρυμμένων πληγών» που προκαλούνται από το ΠΣ/ΠΤ, θα πρέπει, επομένως, να αποτελέσει προτεραιότητα στις παρεμβάσεις δημόσιας υγείας. Η παρούσα έρευνα επιβεβαίωσε ότι το μεταφρασμένο στα Ελληνικά Ερωτηματολόγιο Παιδικού Τραύματος (CTQ-SF) είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αναδρομική αξιολόγηση των τραυματικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας τόσο στον γενικό όσο και στον κλινικό πληθυσμό ενηλίκων της Ελλάδας. Το εργαλείο αυτό μπορεί να συμβάλει τόσο σε μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες, όσο και στην κλινική πράξη.

Πρόσθετο υλικό

Πρόσθετο υλικό σχετικά με αυτό το άρθρο υπάρχει στη διαδικτυακή δημοσίευσή του στη διεύθυνση <https://doi.org/10.22365/jpsych.2024.005>

Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Washington DC,; 2013
- Agorastos A. Pathophysiological trajectories and biological consequences of early life trauma. *Eur J Psychotraumatol* 2017, 8:1351159, doi: 10.1080/20008198.2017.1351159
- Agorastos A, Pervanidou P, Chrousos GP, Baker DG. Developmental Trajectories of Early Life Stress and Trauma: A Narrative Review on Neurobiological Aspects Beyond Stress System Dysregulation. *Front Psychiatry* 2019, 10:118, doi: 10.3389/fpsy.2019.00118
- Agorastos A, Pervanidou P, Chrousos GP, Kolaitis G. Early life stress and trauma: developmental neuroendocrine aspects of prolonged stress system dysregulation. *Hormones (Athens)* 2018, 17:507-520, doi: 10.1007/s42000-018-0065-x
- Pervanidou P, Makris G, Chrousos G, Agorastos A. Early Life Stress and Pediatric Posttraumatic Stress Disorder. *Brain Sci* 2020, 10, doi: 10.3390/brainsci10030169
- Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP. Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr Clin North Am* 2002, 25:397-426, vii-viii, doi: 10.1016/s0193-953x(01)00003-x
- Teicher MH, Samson JA. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *Am J Psychiatry* 2013, 170:1114-1133, doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12070957
- Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009, 373:68-81, doi: 10.1016/S0140-6736(08)61706-7
- Merrick MT, Ford DC, Ports KA, Guinn AS. Prevalence of Adverse Childhood Experiences From the 2011-2014 Behavioral Risk Factor

- Surveillance System in 23 States. *JAMA Pediatr* 2018, 172:1038–1044, doi: 10.1001/jamapediatrics.2018.2537
10. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2017, 2:e356–e366, doi: 10.1016/S2468-2667(17)30118-4
 11. Scott KM, Von Korff M, Angermeyer MC, Benjet C, Bruffaerts R, de Girolamo G et al. Association of childhood adversities and early-onset mental disorders with adult-onset chronic physical conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2011, 68:838–844, doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.77
 12. Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2012, 169:141–151, doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11020335
 13. Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *Am J Psychiatry* 2003, 160:1453–1460, doi: 10.1176/appi.ajp.160.8.1453
 14. Zatti C, Rosa V, Barros A, Valdivia L, Calegario VC, Freitas LH et al. Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Res* 2017, 256:353–358, doi: 10.1016/j.psychres.2017.06.082
 15. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Negl* 2007, 31:517–530, doi: 10.1016/j.chiabu.2007.01.003
 16. Wegman HL, Stetler C. A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosom Med* 2009, 71:805–812, doi: 10.1097/PSY.0b013e3181bb2b46
 17. Agorastos A, Pittman JO, Angkaw AC, Nievergelt CM, Hansen CJ, Aversa LH et al. The cumulative effect of different childhood trauma types on self-reported symptoms of adult male depression and PTSD, substance abuse and health-related quality of life in a large active-duty military cohort. *J Psychiatr Res* 2014, 58:46–54, doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.07.014
 18. Kaufman J, Plotsky PM, Nemeroff CB, Charney DS. Effects of early adverse experiences on brain structure and function: clinical implications. *Biol Psychiatry* 2000, 48:778–790, doi: 10.1016/S0006-3223(00)00998-7.
 19. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA* 2009, 301:2252–2259, doi: 10.1001/jama.2009.754
 20. Jia H, Lubetkin EI. Impact of adverse childhood experiences on quality-adjusted life expectancy in the U.S. population. *Child Abuse Negl* 2020, 102:104418, doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104418
 21. Taylor SE. Mechanisms linking early life stress to adult health outcomes. *Proc Natl Acad Sci USA* 2010, 107:8507–8512, doi: 10.1073/pnas.1003890107
 22. Courtois CA, Gold SN. The need for inclusion of psychological trauma in the professional curriculum: A call to action. *Psychol Trauma* 2009, 1:3–23, doi: 10.1037/a0015224
 23. Roy CA, Perry JC. Instruments for the assessment of childhood trauma in adults. *J Nerv Ment Dis* 2004, 192:343–351, doi: 10.1097/01.nmd.0000126701.23121.fa
 24. Bernstein DP, Fink L. *Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1998
 25. Hernandez A, Gallardo-Pujol D, Pereda N, Arntz A, Bernstein DP, Gaviria AM et al. Initial validation of the Spanish childhood trauma questionnaire-short form: factor structure, reliability and association with parenting. *J Interpers Violence* 2013, 28:1498–1518, doi: 10.1177/0886260512468240
 26. Thombs BD, Bernstein DP, Lobbstaal J, Arntz A. A validation study of the Dutch Childhood Trauma Questionnaire-Short Form: factor structure, reliability, and known-groups validity. *Child Abuse Negl* 2009, 33:518–523, doi: 10.1016/j.chiabu.2009.03.001
 27. Grassi-Oliveira R, Cogo-Moreira H, Salum GA, Brietzke E, Viola TW, Manfro GG et al. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian samples of different age groups: findings from confirmatory factor analysis. *PLoS One* 2014, 9:e87118, doi: 10.1371/journal.pone.0087118
 28. Thabrew H, de Sylva S, Romans S. Evaluating childhood adversity. *Adv Psychosom Med* 2012, 32:35–57, doi: 10.1159/000330002
 29. Kollias K, Kosteletos J, Stefanatou P, Xenaki LA, Vlachos I, Selakovic M, et al. Three scales about childhood trauma, traumatic experiences and bullying: Greek translation, test-retest reliability. *Psychiatriki* 2023, 34:73–78, doi: 10.22365/jpsych.2022.103
 30. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract* 2011, 17:268–274, doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x
 31. Bremner JD, Bolus R, Mayer EA. Psychometric properties of the Early Trauma Inventory-Self Report. *J Nerv Ment Dis* 2007, 195:211–218, doi: 10.1097/01.nmd.0000243824.84651.6c
 32. Bremner JD, Vermetten E, Mazure CM. Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: the Early Trauma Inventory. *Depress Anxiety* 2000, 12:1–12, doi: 10.1002/1520-6394(2000)12:1<1::AID-DA1>3.0.CO;2-W
 33. Antonopoulou Z, Konstantakopoulos G, Taziniieri-Coccosis M, Sinodinou C. Rates of childhood trauma in a sample of university students in Greece: The Greek version of the Early Trauma Inventory-Self Report. *Psychiatriki* 2017, 28:19–27, doi: 10.22365/jpsych.2017.281.19
 34. Elliott DM, Briere J. Sexual abuse trauma among professional women: validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40). *Child Abuse Negl* 1992, 16:391–398, doi: 10.1016/0145-2134(92)90048-v
 35. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol* 1988, 54:1063–1070, doi: 10.1037//0022-3514.54.6.1063
 36. Daskalou V, Syggitou E. PANAS, Positive and Negative Affect Scales. In: Stalikas A, Triliva S, Roussi P (eds) *Psychometric tools in Greece: Collection and presentation of questionnaires, tests and characteristic assessment catalogues in Greece* (in Greek). Ellinika Grammata, Athens, 2008
 37. World Health Organization. *Well-Being Measures in Primary Health Care/The Depcare Project*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 1998
 38. Papanas N, Tsapas A, Papatheodorou K, Papazoglou D, Bekiari E, Sariganni M, et al. Glycaemic control is correlated with well-being index (WHO-5) in subjects with type 2 diabetes. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2010, 118:364–367, doi: 10.1055/s-0029-1243623
 39. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Lowe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics* 2009, 50:613–621, doi: 10.1176/appi.psy.50.6.613
 40. Christodoulaki A, Baralou V, Konstantakopoulos G, Touloumi G. Validation of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) to screen for depression and anxiety in the Greek general population. *J Psychosom Res* 2022, 160:110970, doi: 10.1016/j.jpsychores.2022.110970

41. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 2000, 68:748–766, doi: 10.1037//0022-006x.68.5.748
42. Bader K, Schafer V, Schenkel M, Nissen L, Schwander J. Adverse childhood experiences associated with sleep in primary insomnia. *J Sleep Res* 2007, 16:285–296, doi: 10.1111/j.1365-2869.2007.00608.x
43. Lind MJ, Aggen SH, Kendler KS, York TP, Amstadter AB. An epidemiologic study of childhood sexual abuse and adult sleep disturbances. *Psychol Trauma* 2016, 8:198–205, doi: 10.1037/tra0000080
44. Leonard LM, Follette VM. Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: review of the empirical literature and clinical implications. *Annu Rev Sex Res* 2002, 13:346–388, doi:
45. Najman JM, Dunne MP, Purdie DM, Boyle FM, Coxeter PD. Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: an Australian population-based study. *Arch Sex Behav* 2005, 34:517–526, doi: 10.1007/s10508-005-6277-6
46. Fares-Otero NE, De Prisco M, Oliva V, Radua J, Halligan SL, Vieta E et al. Association between childhood maltreatment and social functioning in individuals with affective disorders: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2023, 148:142–164, doi: 10.1111/acps.13557
47. de Bles NJ, Putz LEH, Rius Ottenheim N, van Hemert AM, Elzinga BM, Penninx B et al. Childhood trauma and anger in adults with and without depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2023, 148:288–301, doi: 10.1111/acps.13589
48. Islam MJ, Broidy L, Eriksson L, Rahman M, Mazumder N. Childhood maltreatment and decision-making autonomy in adulthood: The mediating roles of self-esteem and social support. *Child Abuse Negl* 2022, 129:105665, doi: 10.1016/j.chiabu.2022.105665
49. Quan L, Lu B, Sun J, Zhao X, Sang Q. The relationship between childhood trauma and post-traumatic growth among college students: The role of acceptance and positive reappraisal. *Front Psychol* 2022, 13:921362, doi: 10.3389/fpsyg.2022.921362
50. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry* 2001, 49:1023–1039, doi: 10.1016/s0006-3223(01)01157-x
51. Pirkola S, Isometsa E, Aro H, Kestila L, Hamalainen J, Veijola J et al. Childhood adversities as risk factors for adult mental disorders: results from the Health 2000 study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005, 40:769–777, doi: 10.1007/s00127-005-0950-x
52. McKay MT, Cannon M, Chambers D, Conroy RM, Coughlan H, Dodd P et al. Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatr Scand* 2021, 143:189–205, doi: 10.1111/acps.13268
53. Wiersma JE, Hovens JG, van Oppen P, Giltay EJ, van Schaik DJ, Beekman AT et al. The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *J Clin Psychiatry* 2009, 70:983–989, doi: 10.4088/jcp.08m04521

Research article

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Greek translation and psychometric validation in general and clinical population

Afroditi Stefani,¹ Anna Mavridou,² Stelios Chatziioannidis,³ Vasilios P. Bozikas,³
Agorastos Agorastos³

¹*School of Medicine, Faculty of Health Sciences, Aristotle University of Thessaloniki,*

²*2nd Department of Psychiatry, Psychiatric Hospital of Thessaloniki,*

³*2nd Department of Psychiatry, Division of Neurosciences, School of Medicine, Faculty of Health Sciences, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece*

ARTICLE HISTORY: Received 3 October 2023/Revised 15 February 2024/Published Online 27 February 2025

ABSTRACT

Exposure to childhood trauma experiences shows a high prevalence worldwide, with approximately two-thirds of the general population reporting traumatic experiences during childhood. The valid psychometric assessment of childhood trauma experience represents, however, a significant challenge in clinical research and practice. The Childhood Trauma Questionnaire - Short Form (CTQ-SF) embodies the most valid and widely used tool for the retrospective assessment of traumatic experiences during childhood to date. The purpose of this study was the Greek translate the questionnaire and its validation in both a general and clinical population. Participants completed electronically the Greek translation of the CTQ-SF, the Early Trauma Questionnaire (ETI-SR-SF), the Trauma Symptom Checklist (TSC-40), the Positive and Negative Affect Scale (PANAS- SF), the Well-Being Index (WHO-5) and the Patient Health Questionnaire (PHQ-4) to examine psychometric properties of the questionnaire (e.g., internal consistency, concurrent, convergent and divergent validity), but also to investigate the relationship between childhood trauma exposure and psychological well-being and symptoms of anxiety and depression. The total study sample (TS) consisted of 722 adults (606 women), of which 155 declared the existence of a psychiatric diagnosis (PD) and 567 constituted the general population (GP) sample. The most common trauma types reported were emotional abuse (29.1%), emotional neglect (23.7%), and physical abuse (24.6%). The CTQ-SF questionnaire showed high levels of internal consistency based on the Cronbach α coefficient (TS=0.92, PD=0.92, GP=0.92), high concurrent and convergent validity, and satisfactory convergent validity. In addition, self-reported childhood trauma was highly positively correlated to negative affects and anxiety and depression symptoms, as well as negatively to psychological well-being. Our results confirm that the Greek Version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-SF) is a reliable and valid tool that can be used for the retrospective assessment of traumatic childhood experiences both in the general and in the clinical adult Greek population.

KEYWORDS: Childhood trauma, abuse, neglect, translation, reliability, validation.