



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

**Π.Μ.Σ.: «ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ»**

ΨΥΧΩΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΤΡΟΥΜΟΥΣΗ ΙΩΑΝΝΑ (Α.Μ. 20161182)

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΦΕΡΕΝΤΙΝΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ: 1. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ

2. ΣΤΕΦΑΝΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Αθήνα 2019

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου, Επίκουρο Καθηγητή Π. Φερεντίνο, που με παρότρυνε να ασχοληθώ μ'αυτή τη μελέτη και προσέφερε τον πολύτιμο χρόνο του και την πολύτιμη καθοδήγησή του καθ'όλη τη διάρκεια της πραγματοποίησής της.

Εξίσου πολύτιμη ήταν και η παρότρυνσή του στην παρακολούθηση από μέρους μου τόσο των κλινικών επισκέψεων της Β' Ψυχιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου «ΑΤΤΙΚΟΝ» όσο και των περιστατικών στο Ειδικό Ιατρείο Συναισθηματικών Διαταραχών.

Θα ήταν παράλειψη, τέλος, να μην τον ευχαριστήσω για τις γνώσεις που μου μετέδωσε στη στατιστική και στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας.

ΨΥΧΩΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το τραύμα κατά την παιδική ηλικία αναφέρεται σε μια κατάσταση, όπου το παιδί βιώνει πληθώρα αρνητικών επιδράσεων που προέρχονται από εξαιρετικής έντασης στρεσογόνα γεγονότα, τα οποία δεν μπορεί να επεξεργαστεί ψυχικά (Bouras and Lazaratou, 2012). Οι τύποι του παιδικού τραύματος είναι η συναισθηματική παραμέληση, η συναισθηματική κακοποίηση, η σωματική παραμέληση, η σωματική κακοποίηση και η σεξουαλική κακοποίηση (Bernstein *et al.*, 1994, Bernstein *et al.*, 2003).

Είναι γνωστό ότι τα παιδικά τραυματικά γεγονότα αποτελούν παράγοντες κινδύνου για εκδήλωση όλων των μειζόνων ψυχικών διαταραχών και ειδικότερα της διπολικής διαταραχής και προδιαθέτουν σε μια πιο σοβαρή κλινική εικόνα της νόσου (μικρότερη ηλικία έναρξης, αυξημένη αυτοκτονικότητα, αυξημένη συννοσηρότητα) και χειρότερη έκβαση/πρόγνωση (Agnew-Blais and Danese, 2016). Το παιδικό τραύμα οδηγεί σε αλλαγές στη συναισθηματική σταθερότητα, στον έλεγχο της παρορμητικότητας και στη γνωστική λειτουργικότητα που ενδέχεται να μειώσουν την ικανότητα του ανθρώπου να αντιμετωπίσει περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου στην ενήλικη ζωή (Bucker *et al.*, 2013, Jimenez *et al.*, 2017). Ειδικότερα, για τα ψυχωτικά χαρακτηριστικά στη Διπολική Διαταραχή, που διαχωρίζονται σε σύντονα και μη σύντονα με τη διάθεση, τα δεδομένα της βιβλιογραφίας είναι μέχρι στιγμής αντιφατικά ως προς τη συσχέτισή τους με το ιστορικό παιδικού τραύματος (Agnew-Blais and Danese, 2016, Cakir *et al.*, 2016, Etain *et al.*, 2017a, Hammersley *et al.*, 2003, Romero *et al.*, 2009, Urthegrove *et al.*, 2015). Το οικογενειακό ιστορικό ψυχικών διαταραχών για το οποίο υπάρχουν αντιφατικά ευρήματα, δηλαδή υπάρχουν τόσο θετικές (Romero *et al.*, 2009) όσο και αρνητικές συσχετίσεις (Thesing *et al.*, 2015) με το ιστορικό παιδικού τραύματος δεν έχει διερευνηθεί μέχρι στιγμής κατά πόσο τροποποιεί τη συσχέτιση του παιδικού τραύματος με τα ψυχωτικά χαρακτηριστικά. Αυτός είναι, επομένως, ο κύριος σκοπός αυτής της μελέτης.

Σκοπός: Οι σκοποί αυτής της μελέτης είναι τρεις. Πρώτον, η σύγκριση του ιστορικού παιδικού τραύματος ανάμεσα σε ασθενείς με Διπολική Διαταραχή I και II και υγιείς μάρτυρες. Δεύτερον, θα μελετηθεί εάν το οικογενειακό ιστορικό για Μείζονες Ψυχιατρικές Διαταραχές, δηλαδή σχιζοφρένεια, κατάθλιψη και Διπολική Διαταραχή, σχετίζεται με το ιστορικό παιδικού τραύματος στους ασθενείς με διπολική διαταραχή. Και τρίτον θα γίνει σύγκριση των ασθενών που εμφανίζουν ψυχωτικά συμπτώματα και μη ως προς τις διαστάσεις του παιδικού τραύματος λαμβάνοντας υπόψη δημογραφικά στοιχεία, κλινικές παραμέτρους και το οικογενειακό ιστορικό για μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές.

Μέθοδοι: Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 149 ασθενείς, άνδρες και γυναίκες, ηλικίας 18-80 ετών, με Διπολική Διαταραχή I (N=99) και II (N=50) που νοσηλεύθηκαν στη Μονάδα Νοσηλείας ή παρακολουθούνται στο Ειδικό Ιατρείο Συναισθηματικών Διαταραχών της Β' Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «ΑΤΤΙΚΟΝ» κατά τα έτη 2014 έως και σήμερα και 98 υγιείς μάρτυρες (ομάδα ελέγχου). Τα κριτήρια αποκλεισμού στην ομάδα ελέγχου είναι 1) να μην υπάρχει ατομικό ιστορικό ψυχικής νόσου και 2) να μην υπάρχει οικογενειακό ιστορικό για σχιζοφρένεια, κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, απόπειρα αυτοκτονίας ή άλλη μείζονα ψυχική διαταραχή σε πρώτου βαθμού συγγενείς (αδέλφια, γονείς και παιδιά).

Για την καταγραφή του κλινικού φαινοτύπου της διπολικής διαταραχής χρησιμοποιήθηκε ημιδομημένη συνέντευξη βασισμένη στο MINI-5 (Sheehan *et al.*, 1998). Για την καταγραφή του ιστορικού παιδικού τραύματος χρησιμοποιήθηκε η αυτοχορηγούμενη κλίμακα CATS (Child Abuse and Trauma Scale) (Sanders and Becker-Laussen, 1995). Οι υποκλίμακες του ερωτηματολογίου είναι οι ακόλουθες: υποκλίμακα παραμέλησης/αρνητικής ατμόσφαιρας στο σπίτι, υποκλίμακα σεξουαλικής κακοποίησης, η υποκλίμακα τιμωρίας και η υποκλίμακα συναισθηματικής κακοποίησης (Kent and Waller, 1998, Sanders and Becker-Laussen, 1995). Για τη συλλογή του οικογενειακού ιστορικού χρησιμοποιήθηκε η δομημένη συνέντευξη Family Interview for Genetic Studies (FIGS) (NIMH 1992). Τέλος, στην ομάδα ελέγχου δόθηκε ατομικό έντυπο μάρτυρα στο οποίο καταγράφηκαν κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία (βλ. Παράρτημα).

Αποτελέσματα: Πρώτον, οι ασθενείς με Διπολική Διαταραχή I και II είχαν σημαντικά υψηλότερα συνολική βαθμολογία παιδικού τραύματος σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες. Επίσης, σημαντικά υψηλότερες ήταν οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων με Διπολική Διαταραχή σε όλες τις διαστάσεις της κλίμακας CATS, λαμβάνοντας υπόψη όλα τα δημογραφικά τους στοιχεία, δηλαδή το φύλο, την ηλικία, την εργασιακή και οικογενειακή κατάσταση και τα έτη εκπαίδευσης. Πιο συγκεκριμένα, στο σύνολο του δείγματος οι γυναίκες παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στις διαστάσεις «Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι», «Τιμωρία» και στη συνολική βαθμολογία CATS, υποδηλώνοντας περισσότερα τραύματα σε σύγκριση με τους άντρες. Επίσης, όσο αυξανόταν η ηλικία των συμμετεχόντων τόσο μειωνόταν η βαθμολογία τους στην κλίμακα «Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι», δηλαδή όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν οι συμμετέχοντες τόσο λιγότερα τραύματα ανέφεραν ότι είχαν βιώσει τόσο στο σύνολο των ασθενών όσο και ειδικότερα στους ασθενείς με Διπολική Διαταραχή I. Αναφορικά με τα έτη εκπαίδευσης, όσο περισσότερα ήταν τα έτη εκπαίδευσης των συμμετεχόντων τόσο μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα «Τιμωρία» είχαν, δηλαδή ανέφεραν ότι είχαν βιώσει λιγότερα τραύματα ως παιδιά τόσο στο σύνολό τους οι ασθενείς όσο και ειδικότερα οι ασθενείς με Διπολική Διαταραχή I. Τέλος, οι εργαζόμενοι είχαν σημαντικά χαμηλότερη συνολική βαθμολογία CATS σε σύγκριση με τους άνεργους/φοιτητές/μαθητές τόσο στο σύνολο των ασθενών όσο και ειδικότερα στους ασθενείς με Διπολική Διαταραχή I.

Δεύτερον, το παιδικό τραύμα στους ασθενείς με διπολική διαταραχή βρέθηκε ότι δε συσχετίζεται με το οικογενειακό ιστορικό για Μείζονες Ψυχιατρικές Διαταραχές, δηλαδή σχιζοφρένεια, κατάθλιψη και διπολική διαταραχή.

Τρίτον, τα ψυχωτικά συμπτώματα δε συσχετίζονται με το παιδικό τραύμα. Ωστόσο ένας σημαντικός όρος αλληλεπίδρασης της ύπαρξης ψυχωτικών χαρακτηριστικών με το οικογενειακό ιστορικό για διπολική διαταραχή βρέθηκε για δύο διαστάσεις της κλίμακας CATS («Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι», «Συναισθηματική κακοποίηση») και για τη συνολική βαθμολογία CATS μόνο στους ασθενείς με Διπολική Διαταραχή τύπου I, αλλά όχι στο σύνολο των ασθενών. Δηλαδή, η ύπαρξη ψυχωτικών χαρακτηριστικών σχετιζόταν με υψηλότερη βαθμολογία στις προαναφερθείσες διαστάσεις στους ασθενείς με Δ.Δ. I χωρίς οικογενειακό ιστορικό για διπολική διαταραχή, ενώ σχετιζόταν με χαμηλότερη βαθμολογία στους ασθενείς με Δ.Δ. I με οικογενειακό ιστορικό για διπολική διαταραχή, υποδηλώνοντας ότι οι ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό για διπολική διαταραχή παρουσίαζαν ψυχωτικά συμπτώματα με λιγότερο παιδικό τραύμα, ενώ οι ασθενείς χωρίς οικογενειακό ιστορικό για διπολική διαταραχή παρουσίαζαν ψυχωτικά συμπτώματα με περισσότερο παιδικό τραύμα.

Συμπέρασμα: Το παιδικό τραύμα και το οικογενειακό ιστορικό έχουν ανταγωνιστική σχέση (αρνητική αλληλεπίδραση) όσον αφορά τα ψυχωτικά συμπτώματα στη Διπολική Διαταραχή. Ο τροποποιητικός ρόλος του οικογενειακού ιστορικού ψυχικών διαταραχών θα μπορούσε να εξηγήσει πιθανώς τα μέχρι σήμερα αντιφατικά ευρήματα της βιβλιογραφίας ως προς τη συσχέτιση του ιστορικού παιδικού τραύματος και των ψυχωτικών συμπτωμάτων στη διπολική διαταραχή.

Λέξεις-κλειδιά: Διπολική Διαταραχή, οικογενειακό ιστορικό, παιδικό τραύμα, συσχέτιση, ψυχωτικά χαρακτηριστικά

Psychotic Features in Bipolar Disorder and history of childhood trauma

ABSTRACT

Introduction: Childhood trauma comes as a result of the child's exposure to extremely negative and stressful events, which the child cannot elaborate (Bouras and Lazaratou, 2012). Childhood trauma dimensions are emotional neglect, emotional abuse, physical neglect, physical abuse and sexual abuse (Bernstein *et al.*, 1994, Bernstein *et al.*, 2003).

It is known that childhood traumatic events are risk factors for developing all major psychiatric disorders and especially bipolar disorder, and predispose to a higher clinical severity of the disorder (earlier age at onset, increased risk of suicide attempt and increased risk of comorbidity) and worse prognosis (Agnew-Blais and Danese, 2016). Childhood trauma leads to alterations of affective regulation, impulse control and cognitive functioning that might decrease the ability to cope with environmental stressors in adult life (Bucker *et al.*, 2013, Jimenez *et al.*, 2017). More specifically, for psychotic features in Bipolar Disorder, that are classified into mood congruent and mood incongruent, the existing literature is inconsistent regarding their association with childhood trauma (Agnew-Blais and Danese, 2016, Cakir *et al.*, 2016, Etain *et al.*, 2017a, Hammersley *et al.*, 2003, Romero *et al.*, 2009, Upthegrove *et al.*, 2015). Psychiatric family history, for which there are contradictory findings, that is, positive associations (Romero *et al.*, 2009) and negative associations (Thesing *et al.*, 2015) with history of childhood trauma, has not yet been investigated whether it moderates the association between history of childhood trauma and life time psychosis in Bipolar Disorder. Therefore, this is the main aim of the present study.

Aim: The aims of this study are three. First, the comparison of the history of childhood trauma between patients with Bipolar Disorder type I and type II and healthy controls. Second, it will be studied whether family history of major psychiatric disorders (schizophrenia, depression and bipolar disorder) is associated with history of childhood trauma in patients with bipolar disorder. And third, patients with or without psychotic features will be compared on dimensions of childhood trauma taking into account demographics, clinical characteristics and psychiatric family history.

Methods: The sample of the study consists of 149 patients, men and women, aged 18-80 years, with Bipolar Disorder type I (N=99) and II (N=50), who were hospitalized at the inpatient unit or were followed-up at the specialized outpatient clinic of affective disorders of ATTIKON General University Hospital from 2014 until today and 98 control participants. The exclusion criteria in the control group are as follows: 1) no personal history of mental disease, 2) no family history of

schizophrenia, depression, bipolar disorder, suicide attempt or other major psychiatric disorder in first degree relatives (siblings, parents and children).

A semi-structured interview based on MINI-5 (Sheehan *et al.*, 1998) was used to record the clinical phenotype of Bipolar Disorder. The self-report Child Abuse and Trauma Scale (CATS) (Sanders and Becker-Lausen, 1995) was used to record the history of childhood trauma. The dimensions of the questionnaire are the following: neglect/negative home atmosphere, sexual abuse, punishment and emotional abuse (Kent and Waller, 1998, Sanders and Becker-Lausen, 1995). The Family Interview for Genetic Studies (FIGS) (NIMH 1992). was used to collect family history. Finally, the control group were given a questionnaire in which socio-demographic data were recorded.

Results: First, patients with Bipolar Disorder I and II had a significantly higher overall childhood trauma score compared to control group. Also, significantly higher were the scores of participants with Bipolar Disorder in all dimensions of the CATS (Child Abuse and Trauma Scale) taking into account all their demographic data (age, gender, years of education, working and family status). Specifically, in the whole sample, women showed significantly higher scores in the dimensions “Neglect/Negative Home Atmosphere” and “Punishment” and in the total CATS score, indicating more trauma compared to men. Also, as the age of the participants increased, their score on the dimension “Neglect/Negative Home Atmosphere” was diminishing, meaning that the older the participants were, the fewer traumatic events they reported, both all patients as well as patients with Bipolar Disorder I. Regarding years of education, the more educated participants were, the lower the score on the “Punishment” dimension was, both in all patients as well as in patients with Bipolar Disorder I. Finally, workers had a significantly lower total CATS score compared to unemployed/students, both in all patients as well as in patients with Bipolar Disorder I.

Second, childhood trauma was not associated with family history of major psychiatric disorders (schizophrenia, depression and bipolar disorder).

Third, psychotic features were not associated with childhood trauma. However a significant interaction effect of lifetime psychosis with family history of bipolar disorder was found for two dimensions of the CATS (Neglect/Negative Home Atmosphere, Emotional abuse) and for the total CATS score only in patients with Bipolar Disorder type I, but not in the total number of patients. That is, the presence of lifetime psychosis was associated with greater scores on the aforementioned dimensions in patients with Bipolar Disorder type I without a family history of bipolar disorder, while associated with lower scores in patients with Bipolar Disorder type I with a family history of bipolar disorder, indicating that patients with a family history of bipolar disorder had psychotic features with less childhood trauma while patients without a family history of bipolar disorder had psychotic features with more childhood trauma.

Conclusion: Childhood trauma and psychiatric family history have competing effects on psychosis (negative interaction) in Bipolar Disorder. The moderating role of psychiatric family history might explain the literature inconsistencies in

associations between history of childhood trauma and psychotic features in Bipolar Disorder.

Keywords: association, Bipolar Disorder, childhood trauma, family history, psychotic features

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.ΠΑΙΔΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

1.2 ΕΙΔΗ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

1.3 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.4 ΠΑΙΔΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1.5 ΠΑΙΔΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1.5.1 ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

1.5.2 ΤΟ ΠΑΙΔΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΩΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΩΝ ΣΤΙΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

2.ΠΑΙΔΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

2.1 ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

2.1.1 ΨΥΧΩΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

2.2 ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

2.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

2.4 ΠΑΙΔΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Β.ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ

2. ΥΛΙΚΟ

3. ΜΕΘΟΔΟΣ

3.1 ΚΛΙΝΙΚΑ – ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

3.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΙΝΑΚΕΣ – ΣΧΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

A.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.ΠΑΙΔΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Η λέξη τραύμα, δανεισμένη από την Ιατρική, προέρχεται από το αρχαίο ρήμα τιτρώσκω, που σημαίνει διατρυπώ και δηλώνει μια κάκωση, η οποία προκύπτει από εξωτερική βία που συνοδεύεται από τη ρήξη, τη λύση της συνέχειας, με συνέπειες πάνω στο σύνολο του οργανισμού. Το τραύμα σε ψυχικό επίπεδο ορίζεται, σύμφωνα με τον S. Freud, ως «η εμπειρία που σε μικρό χρονικό διάστημα δίνει στην ψυχική ζωή ένα τόσο ισχυρό ερέθισμα, το οποίο δεν μπορεί να απαλειφθεί ή να τύχει της συνήθους επεξεργασίας, με αποτέλεσμα να καθίστανται αναπόφευκτες μόνιμες διαταραχές». Το τραύμα, δηλαδή, αναφέρεται σε μια κατάσταση όπου το παιδί βιώνει πληθώρα αρνητικών επιδράσεων που προέρχονται από εξαιρετικής έντασης στρεσογόνα γεγονότα, τα οποία δεν μπορεί να επεξεργαστεί ψυχικά. Η πρώιμη έκθεση του παιδιού σε τέτοιου επιπέδου τραυματικές συνθήκες κατά τη διάρκεια της κρίσιμης περιόδου δόμησης του ψυχισμού δημιουργεί ιδιαίτερα επιβαρυνμένες καταστάσεις, που αν δε δοθεί η δυνατότητα στο παιδί να τις επεξεργαστεί, μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές επιπτώσεις, ψυχικές και σωματικές, στην ενήλικη ζωή (Bouras and Lazaratou, 2012).

Βιώματα που μπορούν να στιγματίσουν τη ζωή ενός παιδιού και να οδηγήσουν στην εκδήλωση τραύματος θεωρούνται:

- η απώλεια γονέων,
- το διαζύγιο γονέων,
- οι γονείς ή οι φροντιστές με ψυχιατρική διαταραχή,
- η γονεϊκή εγκατάλειψη,
- η έλλειψη ενθάρρυνσης και υποστήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον,
- οι σοβαρές ασθένειες στην παιδική ηλικία,
- η ενδοοικογενειακή βία,
- η στέρηση τροφής ή στέγης,
- η σεξουαλική κακοποίηση (Carr *et al.*, 2013).

1.2 ΕΙΔΗ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Τα είδη του παιδικού τραύματος, όπως έχουν προκύψει από την παραγοντική ανάλυση του πιο συχνά χρησιμοποιούμενου ερωτηματολογίου παιδικού τραύματος, του CTQ (Childhood Trauma Questionnaire), είναι τα εξής (Bernstein *et al.*, 1994, Bernstein *et al.*, 2003):

1. συναισθηματική παραμέληση,
2. συναισθηματική κακοποίηση,
3. σωματική παραμέληση,
4. σωματική κακοποίηση και
5. σεξουαλική κακοποίηση.

Πιο συγκεκριμένα:

1. Η συναισθηματική παραμέληση ορίζεται ως η αποτυχία των φροντιστών να κατανοήσουν βασικές συναισθηματικές και ψυχολογικές ανάγκες των παιδιών, όπως η αγάπη, το αίσθημα του «ανήκειν», η υποστήριξη και η φροντίδα.
2. Η συναισθηματική κακοποίηση ορίζεται ως οι λεκτικές επιθέσεις αναφορικά με το αίσθημα της αξίας ή οποιαδήποτε ταπεινωτική συμπεριφορά προς ένα παιδί από έναν ενήλικα.
3. Η σωματική παραμέληση ορίζεται ως η αποτυχία των φροντιστών να παρέχουν βασικές ανάγκες, όπως φαγητό, στέγη, ρουχισμό, ασφάλεια και υγιεινή φροντίδα.
4. Η σωματική κακοποίηση ορίζεται ως οι σωματικές επιθέσεις σε παιδί από ενήλικα, που ενέχουν κίνδυνο ή τραυματισμό.
5. Η σεξουαλική κακοποίηση ορίζεται ως η σεξουαλική παρενόχληση ή σεξουαλική επαφή ανάμεσα σε παιδί ηλικίας κάτω των 18 ετών και έναν ενήλικα.

1.3 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Μερικά από τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης τραύματος και κακοποίησης στην παιδική ηλικία είναι τα ακόλουθα:

1. The Child Abuse and Trauma Scale (CATS)
2. The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)
3. The Trauma Symptom Checklist (TSC)
4. The Trauma Symptom Inventory (TSI)
5. The Early Trauma Inventory (ETI)

1. The Child Abuse and Trauma Scale (CATS)

Το 1995 οι Sanders και Becker-Lausen με την αυτοχορηγούμενη κλίμακα Child Abuse and Trauma Scale (CATS), που αποδίδει έναν ποσοτικό δείκτη της συχνότητας και της έκτασης των διαφόρων τύπων αρνητικών εμπειριών στην παιδική και εφηβική ηλικία, παρουσίασαν τα αποτελέσματα από δύο μεγάλα δείγματα φοιτητών κολλεγίου και από ένα μικρό κλινικό δείγμα ατόμων με διάγνωση Πολλαπλή Διαταραχή Προσωπικότητας. Η εγκυρότητα της κλίμακας στον πληθυσμό των φοιτητών αποδεικνύεται με σημαντικές συσχετίσεις με τα εξής χαρακτηριστικά: διάσχιση, κατάθλιψη, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, θυματοποίηση, που έχουν όλα προηγουμένως συνδεθεί με το παιδικό τραύμα ή την κακοποίηση.

Κατά την ψυχομετρική εκτίμηση της κλίμακας ανέκυψαν τρεις παράγοντες. Ο παράγοντας ένα(1) ήταν πιο γενικός, αντανakλώντας την αρνητικότητα της ατμόσφαιρας του σπιτιού, ο παράγοντας δύο(2) αφορούσε στη σεξουαλική κακοποίηση και ο παράγοντας τρία(3) περιελάμβανε την τιμωρία. Η εσωτερική συνοχή του συνολικού σκορ CATS, όπως ορίζεται από τον Cronbach alpha, ήταν $\alpha=0,90$, της παραμέλησης/αρνητικής ατμόσφαιρας στο σπίτι ήταν $\alpha=0,86$, της σεξουαλικής κακοποίησης ήταν $\alpha=0,76$ και της τιμωρίας ήταν $\alpha=0,63$. Η αξιοπιστία test-retest του συνολικού σκορ CATS ήταν $r=.89$ ($p<0,001$), της παραμέλησης/αρνητικής ατμόσφαιρας στο σπίτι ήταν $r=.91$, της σεξουαλικής κακοποίησης ήταν $r=.85$ και της τιμωρίας ήταν $r=.71$ (Sanders and Becker-Lausen, 1995).

Το 1998 η κλίμακα CATS χορηγήθηκε σε 236 υγιείς γυναίκες. Ένας τέταρτος παράγοντας ανέκυψε στη νέα παραγοντική ανάλυση, η συναισθηματική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία. Η αξιοπιστία του νέου παράγοντα εξετάστηκε και βρέθηκε ότι έχει έναν πιο κεντρικό ρόλο στη διάθεση και την κατάθλιψη απ'ότι οι προηγούμενοι τρεις παράγοντες. Συνεπώς, διαμορφώθηκε η κλίμακα CATS, που αποτελείται από 38 ερωτήσεις με 4 παράγοντες: τη σεξουαλική κακοποίηση (6 ερωτήσεις), την τιμωρία (6 ερωτήσεις), την παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι (14 ερωτήσεις) και τη συναισθηματική κακοποίηση (7 ερωτήσεις) (Kent and Waller, 1998).

Η προαναφερθείσα κλίμακα θα χρησιμοποιηθεί στην παρούσα μελέτη (βλ. Παράρτημα) και οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται σε κάθε υποκλίμακα (απόδοση στην ελληνική γλώσσα) είναι οι εξής:

A. Υποκλίμακα παραμέλησης / αρνητικής ατμόσφαιρας στο σπίτι (14 ερωτήσεις)

2. Έψαχνες ποτέ βοήθεια ή καθοδήγηση απ'έξω εξαιτίας των προβλημάτων που είχες στο σπίτι σου;
3. Οι γονείς σου κακοποιούσαν λεκτικά ο ένας τον άλλο;
7. Όταν ήσουν παιδί ένιωθες ότι δε σε ήθελαν ή ότι σε παραμελούσαν συναισθηματικά;
10. Οι γονείς σου ήταν δυστυχημένοι ο ένας με τον άλλο;
11. Οι γονείς σου ήταν απρόθυμοι να παρακολουθήσουν τις σχολικές σου δραστηριότητες;
14. Σκέφτηκες ποτέ ότι ήθελες να αφήσεις την οικογένειά σου και να ζήσεις με άλλη οικογένεια;
16. Σκέφτηκες ποτέ σοβαρά να το σκάσεις από το σπίτι;
19. Ως παιδί ή ως έφηβος , ένιωθες ότι σε αντιπαθούσε κάποιος από τους γονείς σου;
27. Ήσουν μοναχικός ως παιδί;
30. Ευχόσουν ποτέ να μοιραστείς τη ζωή σου με ένα φίλο;
31. Πόσο συχνά σε αφήνανε μόνο σου στο σπίτι ως παιδί;
33. Σε ποια έκταση ο ένας ή ο άλλος γονιός έπινε πολύ ή έπαιρνε ναρκωτικά;
36. Ως παιδί, έπρεπε να φροντίσεις τον εαυτό σου προτού να μεγαλώσεις αρκετά;
38. Είχες άγχος στην παιδική σου ηλικία;

B. Υποκλίμακα σεξουαλικής κακοποίησης (6 ερωτήσεις)

9. Πριν τα 14 σου χρόνια, είχες σεξουαλική επαφή με ενήλικα;
13. Υπήρχαν σεξουαλικές εμπειρίες που σε τραυμάτιζαν ή σε αναστάτωναν όταν ήσουν παιδί ή έφηβος ώστε δεν μπορούσες να μιλήσεις στους μεγάλους γι' αυτές;
15. Ήσουν ποτέ μάρτυρας της σεξουαλικής κακομεταχείρισης (κακοποίησης) κάποιου άλλου μέλους της οικογένειας;
26. Είχες τραυματική σεξουαλική εμπειρία ως παιδί ή ως έφηβος;
29. Όταν κάποιος από τους γονείς σου ήταν υπό την επήρεια ουσιών, φοβόσουν ότι θα κακοποιηθείς σεξουαλικά;
35. Η σχέση σου με τους γονείς σου περιελάμβανε ποτέ κάποια σεξουαλική εμπειρία;

Γ. Υποκλίμακα τιμωρίας (6 ερωτήσεις)

4. Ήταν αναμενόμενο να ακολουθείς έναν αυστηρό κώδικα συμπεριφοράς στο σπίτι σου;
5. Όταν σε τιμωρούσαν ως παιδί ή ως έφηβο, καταλάβαινες την αιτία της τιμωρίας σου;
6. Όταν δεν ακολουθούσες τους κανόνες του σπιτιού, πόσο συχνά σε τιμωρούσαν αυστηρά;
18. Όταν σε τιμωρούσαν ως παιδί ή ως έφηβο, ένιωθες ότι η τιμωρία σου άξιζε;
24. Όταν σε τιμωρούσαν ως παιδί ή ως έφηβο, ένιωθες ότι «η τιμωρία ταίριαζε στο έγκλημα»;

34. Σε χτυπούσαν ποτέ οι γονείς σου όταν δεν το περίμενες;

Δ. Υποκλίμακα συναισθηματικής κακοποίησης (6 ερωτήσεις)

1. Σε γελοιοποιούσαν οι γονείς σου;

8. Οι γονείς σου σε προσέβαλαν ή σε αποκαλούσαν με διάφορες ονομασίες;

20. Πόσο συχνά οι γονείς σου θύμωναν πραγματικά μαζί σου;

25. Οι γονείς σου, σου επιτέθηκαν ποτέ βίαια με λόγια όταν εσύ δεν το περίμενες;

28. Σου φώναζαν οι γονείς σου;

32. Σε κατηγορούσαν οι γονείς σου για πράγματα που δεν έκανες;

Στην Ελλάδα η προσαρμογή της κλίμακας CATS έγινε από τους Μακά Ζ. και Μητσοπούλου Ε. (2006) και βασίστηκε σε δύο δείγματα. Το πρώτο δείγμα αποτέλεσαν 98 άτομα που παρακολουθούσαν πρόγραμμα απεξάρτησης του ΚΕ.Θ.Ε.Α. και του Ο.ΚΑ.ΝΑ. στην Αθήνα. Στην ομάδα ελέγχου συμπεριλήφθησαν 80 άτομα. Οι απαντήσεις σημειώνονται σε μια κλίμακα τύπου Likert πέντε διαβαθμίσεων (0=ποτέ, 4=πάντα). Παρέχεται τελικά και ένα συνολικό σκορ και σκορ των τεσσάρων υποκλιμάκων (Maka Z & Kafetsios K, 2006).

2. The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Ένα άλλο εργαλείο μέτρησης του τραύματος και της κακοποίησης είναι το Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Το CTQ είναι μια αυτοχορηγούμενη κλίμακα 70 ερωτήσεων και χρησιμοποιεί μια κλίμακα τύπου Likert πέντε διαβαθμίσεων. Η ανάλυση των ερωτήσεων της κλίμακας CTQ εξήγαγε 4 παράγοντες, τη σωματική και συναισθηματική κακοποίηση, τη συναισθηματική παραμέληση, τη σεξουαλική κακοποίηση και τη σωματική παραμέληση. Στη συνέχεια, ο Bernstein και συν. (2003) επικύρωσαν μια σύντομη έκδοση της κλίμακας Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-SF) για τη μέτρηση του ιστορικού κακοποίησης σε κλινικές και μη ομάδες. Η σύντομη μορφή του CTQ περιελάμβανε 28 ερωτήσεις (μεταξύ των οποίων 3 ερωτήσεις εγκυρότητας) με 5 υποκλίμακες (βλ. και 1.2) (Bernstein *et al.*, 2003).

3. The Trauma Symptom Checklist (TSC)

Το Trauma Symptom Checklist TSC-40 βασίστηκε στο Trauma Symptom Checklist TSC-33, το οποίο σχεδιάστηκε να αξιολογεί τον αντίκτυπο του τραύματος, ειδικότερα των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Επτά λήμματα προστέθηκαν στο TSC-33, για να δημιουργηθεί το TSC-40, που οδήγησε στην εξαγωγή 6 παραγόντων: τη διάσχιση/αποσύνδεση, την ανησυχία, την κατάθλιψη, το δείκτη για τη σεξουαλική κακοποίηση, τα σεξουαλικά προβλήματα και τη διαταραχή ύπνου (Levis, 2012).

4. The Trauma Symptom Inventory (TSI)

Το TSI, που αναπτύχθηκε από τον Briere (1995), είναι μια αυτό-αναφερόμενη κλίμακα με 100 λήμματα, που σχεδιάστηκε για την αξιολόγηση των ψυχολογικών συνεπειών των τραυματικών γεγονότων, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής βίας και της σεξουαλικής επίθεσης. Η κατασκευή της ανταποκρινόταν

στην ελαχιστότητα κλινικά χρήσιμων μέτρων μετατραυματικής συμπτωματολογίας. Τα λήμματα αναπτύχθηκαν από την επέκταση του TSC-40 και από κλινικές υποθέσεις. Τα λήμματα δοκιμής βαθμολογούνται σύμφωνα με τη συχνότητα των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια των προηγούμενων έξι μηνών σε κλίμακα 4 σημείων, που κυμαίνεται από 0 (=ποτέ) έως 3 (=συχνά). Η TSI χρησιμοποιεί 10 κλινικές κλίμακες και 3 κλίμακες εγκυρότητας. Οι κλινικές κλίμακες περιλαμβάνουν την αγχώδη εγρήγορση, την κατάθλιψη, το θυμό / ευερεθιστότητα, τις εμπειρίες διείσδυσης, την αμυντική αποφυγή, την αποσύνδεση/διάσχιση, τις σεξουαλικές ανησυχίες, τη δυσλειτουργική σεξουαλική συμπεριφορά, τη μειωτική αυτό-αναφορά και τη συμπεριφορά μείωσης της έντασης (Levis, 2012).

5. Early Trauma Inventory (ETI)

Η Early Trauma Inventory είναι μια ημι-δομημένη συνέντευξη 62 ερωτήσεων, που αξιολογεί τέσσερα πεδία, τη σωματική, τη συναισθηματική, τη σεξουαλική κακοποίηση και το γενικό τραύμα, δηλαδή γενικές τραυματικές εμπειρίες πριν την ηλικία των 18 ετών. Ωστόσο, εξαιτίας περιορισμών, όπως α) η διάρκεια της συνέντευξης (περίπου 1 ώρα), β) η πιθανότητα οι ασθενείς να αποφύγουν την αναφορά εμπειριών τους απέναντι στον ειδικό και γ) η χορήγηση της συνέντευξης από εκπαιδευμένο προσωπικό, αναπτύχθηκε μία αυτό-αναφερόμενη (self report) έκδοση της ETI, η ETI-SR και έπειτα μια σύντομη έκδοση της ETI-SR εισήχθη, η ETI-SF. Η Early Trauma Inventory Self Report – Short Form αποτελείται από 27 λήμματα, καθένα από τα οποία απαντάται με ΝΑΙ και ΟΧΙ. Υπάρχουν 2 επιπλέον λήμματα στο τέλος της κλίμακας, που αναφέρονται στο γεγονός του ασθενή που είχε το μεγαλύτερο αντίκτυπο στη ζωή του. Αυτά μετρούν αντιδράσεις του ασθενή, όπως φόβο ή αποπραγματοποίηση (Bremner *et al.*, 2007).

1.4 ΠΑΙΔΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Τα παιδικά τραυματικά γεγονότα αποτελούν παράγοντες κινδύνου για εκδήλωση όλων των μειζόνων ψυχικών διαταραχών, όπως η σχιζοφρένεια, η διπολική διαταραχή, η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, η ουσιοεξάρτηση, οι αγχώδεις διαταραχές, οι διασχιστικές διαταραχές, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, οι διαταραχές προσωπικότητας και η αυτοκτονικότητα ανεξαρτήτως διάγνωσης (Sugaya *et al.*, 2012).

Κάθε υπότυπος του παιδικού τραύματος φαίνεται ίσως να συνδέεται περισσότερο με διαφορετικές ψυχικές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα (Carr *et al.*, 2013):

1. Ο υπότυπος σωματική κακοποίηση σχετίζεται με τη σχιζοφρένεια και ειδικότερα με την αποσύνδεση, καθώς και με τη σοβαρότητα των ψευδαισθήσεων. Επίσης, η σωματική κακοποίηση συνδέεται με τις αγχώδεις διαταραχές, με κατάχρηση ουσιών,

με διαταραχές προσωπικότητας, με διαταραχές σίτισης και καταστροφική-παρορμητική συμπεριφορά.

2. Ο υπότυπος σωματική παραμέληση σχετίζεται με τη σχιζοφρένεια, με αγχώδεις διαταραχές, με διαταραχές σίτισης και διαταραχές προσωπικότητας και πιο συγκεκριμένα με την οριακή προσωπικότητα.

3. Ο υπότυπος συναισθηματική κακοποίηση σχετίζεται με τη σχιζοφρένεια, με αγχώδεις διαταραχές (κοινωνική φοβία και διαταραχή μετατραυματικού στρες), με διαταραχές προσωπικότητας και συγκεκριμένα την οριακή προσωπικότητα, τη ναρκισσιστική και την παθητικοεπιθετική. Επίσης, η συναισθηματική κακοποίηση συνδέεται με κατάχρηση ουσιών και διαταραχές σίτισης.

4. Ο υπότυπος συναισθηματική παραμέληση σχετίζεται με τη σχιζοφρένεια, με αγχώδεις διαταραχές, με διασχιστική διαταραχή, με κατάχρηση ουσιών, με διαταραχές προσωπικότητας και διαταραχές σίτισης.

5. Ο υπότυπος σεξουαλική κακοποίηση σχετίζεται με τη σχιζοφρένεια, με αγχώδεις διαταραχές, ειδικότερα τη μετατραυματική διαταραχή στρες, διαταραχή πανικού, αγοραφοβία και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, με διαταραχές προσωπικότητας, ειδικότερα την οριακή προσωπικότητα, με κατάχρηση ουσιών, με διαταραχές σίτισης και παρορμητική συμπεριφορά.

1.5 ΠΑΙΔΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1.5.1 ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Σύμφωνα με το DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) στις συναισθηματικές διαταραχές ή «διαταραχές της διάθεσης» κυριαρχεί η μεταβολή του συναισθήματος ή της διάθεσης προς την κατάθλιψη ή προς την ευφορία. Τυπικό χαρακτηριστικό των συναισθηματικών διαταραχών είναι η «φασική» τους πορεία, η οποία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες «φάσεις», δηλαδή είτε μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια ή/και μανιακά/υπομανιακά επεισόδια, που διαρκούν από μερικές συνήθως εβδομάδες έως μερικούς μήνες το καθένα, και από περιόδους νορμοθυμίας.

Οι κλινικές μορφές των συναισθηματικών διαταραχών κατά DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) είναι 1. η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, 2. η δυσθυμική διαταραχή, 3. οι διπολικές διαταραχές (I και II), 4. η κυκλοθυμική διαταραχή. Στο DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) οι διπολικές και συναφείς διαταραχές διαχωρίζονται από τις καταθλιπτικές διαταραχές. Οι κλινικές μορφές των διπολικών και συναφών διαταραχών είναι: 1. η Διπολική Διαταραχή I, 2. η Διπολική Διαταραχή II, 3. η κυκλοθυμική διαταραχή. Τα επεισόδια των διαταραχών της διάθεσης είναι 1. το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, 2. το μανιακό επεισόδιο και 3. το υπομανιακό επεισόδιο.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, οι διπολικές διαταραχές διακρίνονται στη Διπολική I και Διπολική II. Το βασικό διαγνωστικό στοιχείο της Διπολικής Διαταραχής I είναι μια κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα τουλάχιστον

μανιακό επεισόδιο και μπορεί να προηγούνται ή να έπονται υπομανιακά και καταθλιπτικά επεισόδια. Το βασικό διαγνωστικό στοιχείο της Διπολικής Διαταραχής II είναι μια κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από τουλάχιστον ένα υπομανιακό και ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, χωρίς να έχει υπάρξει μανιακό. Κατά ICD-10, η Διπολική συναισθηματική διαταραχή (F31) είναι η διαταραχή που χαρακτηρίζεται από δύο ή περισσότερα επεισόδια στα οποία η διάθεση και τα επίπεδα δραστηριότητας του ασθενούς είναι σημαντικά διαταραγμένα. Σε μερικές περιπτώσεις η διαταραχή αυτή συνίσταται σε υπερθυμία και αυξημένη ενεργητικότητα και δραστηριότητα (υπομανία ή μανία), ενώ σε άλλες περιπτώσεις συνίσταται σε πτώση της διάθεσης και μειωμένη ενεργητικότητα και δραστηριότητα (κατάθλιψη). Παρακάτω αναλύονται το μανιακό επεισόδιο, η υπομανία, η μανία χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα και η μανία με ψυχωσικά συμπτώματα.

Πιο συγκεκριμένα:

- Το μανιακό επεισόδιο είναι η περίοδος κατά την οποία το άτομο έχει μια παθολογικά και επίμονα "ανεβασμένη", διαχυτική ή ευερέθιστη διάθεση και υπέρμετρη αύξηση στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας και ενέργειας (ICD-10, 2008), που διαρκεί τουλάχιστον 7 ημέρες. Εκτός από το παραπάνω κριτήριο θα πρέπει να πληρούνται και τρία από τα ακόλουθα διαγνωστικά χαρακτηριστικά: 1. διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου, 2. μειωμένη ανάγκη για ύπνο, 3. αύξηση ομιλητικότητας ή πίεση λόγου, 4. ιδεοφυγή ή υποκειμενικό αίσθημα ότι οι σκέψεις καλπάζουν, 5. διάσπαση προσοχής, 6. αύξηση στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας ή ψυχοκινητική διέγερση 7. υπέρμετρη εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες που υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να έχουν οδυνηρές συνέπειες (American Psychiatric Association, 2013).
- Η υπομανία (F30.0) ορίζεται ως η διαταραχή που χαρακτηρίζεται από επίμονη, ήπια άνοδο της διάθεσης, αυξημένη ενεργητικότητα και δραστηριότητα, και συνήθως εκσεσημασμένο αίσθημα ευεξίας και σωματικής και ψυχικής αποδοτικότητας. Αυξημένη κοινωνικότητα, ομιλητικότητα, υπερβολική οικειότητα, αυξημένη σεξουαλική ενεργητικότητα και μειωμένη ανάγκη για ύπνο είναι συνήθως παρούσες, αλλά δε φτάνουν στο σημείο να οδηγήσουν σε σοβαρή αποδιοργάνωση της εργασίας ή να καταλήξουν σε κοινωνική απόρριψη. Η ευερεθιστότητα, η έπαρση και η άξεστη συμπεριφορά μπορεί να πάρουν τη θέση της πιο συχνής ευφορικής κοινωνικότητας (WHO, 2009).
- Στη μανία χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα (F30.1) υπάρχει άνοδος της διάθεσης που ξεπερνά τις συνθήκες ζωής του ασθενούς η οποία μπορεί να ποικίλλει από ανέμελη δραστηριότητα έως τη σχεδόν ανεξέλεγκτη υπερδιέγερση. Η ευφορία συνοδεύεται από αυξημένη ενεργητικότητα, που οδηγεί σε υπερδραστηριότητα, πιεστική ανάγκη για ομιλία και μειωμένη ανάγκη για ύπνο. Η προσοχή δεν μπορεί να διατηρηθεί και είναι συχνά έντονα διασπασμένη. Η αυτοεκτίμηση είναι συχνά διογκωμένη με ιδέες μεγαλείου και υπερβολική αυτοπεποίθηση. Η απώλεια των φυσιολογικών

κοινωνικών αναστολών μπορεί να καταλήξει σε συμπεριφορά απερίσκεπτη, παράτολμη ή ακατάλληλη για τις περιστάσεις και πέρα από το χαρακτήρα του ατόμου (WHO, 2009).

- Στη μανία με ψυχωσικά συμπτώματα (F30.2), επιπλέον της κλινικής εικόνας που περιγράφεται παραπάνω, υπάρχουν παραληρητικές ιδέες, συνήθως μεγαλείου ή ψευδαισθήσεις, συνήθως φωνές που μιλούν απευθείας στον ασθενή, ή η διέγερση, η υπερβολική κινητική δραστηριότητα και η ιδεοφυγή είναι τόσο ακραίες, ώστε το άτομο γίνεται ακατανόητο και απρόσιτο για κανονική επικοινωνία (WHO, 2009).

Το περιεχόμενο αυτών των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών συνήθως είναι σύντομο με τη διάθεση (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες συμβατές με τη συναισθηματική διάθεση) ή μη σύντομο με τη διάθεση. Στην έρευνα των Dell'Osso και συν. (2017) αξιολογήθηκε η εμφάνιση ψυχωτικών συμπτωμάτων, κοινωνικο-δημογραφικών και λοιπών κλινικών χαρακτηριστικών σε ένα δείγμα 360 ασθενών με Διπολική Διαταραχή (207 ασθενών με Δ.Δ. και ιστορικό ψύχωσης και 153 ασθενών με Δ.Δ. χωρίς ιστορικό ψύχωσης). Ως προς τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι ασθενείς με Διπολική Διαταραχή και ιστορικό ψύχωσης είχαν υψηλότερα ποσοστά ανεργίας, ήταν πιο συχνά άγαμοι, είχαν χαμηλότερο ποσοστό συγκατοίκησης με την οικογένεια. Αναφορικά με τις κλινικές μεταβλητές, οι ασθενείς με ιστορικό ψύχωσης έναντι των ασθενών χωρίς ιστορικό ψύχωσης είχαν: πρώιμη ηλικία έναρξης, υψηλότερα ποσοστά διάγνωσης με Διπολική Διαταραχή I, αυξημένα ποσοστά μανιακής ή μεικτής πολικότητας του πρώτου επεισοδίου και του πιο πρόσφατου, συχνότερα συννόσηση με διαταραχή χρήσης ουσιών και αλκοόλ, περισσότερες νοσηλείες, περισσότερες ακούσιες νοσηλείες, βαρύτερο ιστορικό ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, μεγαλύτερη χρήση αντιψυχωτικών, χαμηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας, αλλά μικρότερη διάρκεια του πιο πρόσφατου επεισοδίου, χαμηλότερα ποσοστά συννόσησης με αγχώδεις διαταραχές και χρήσης αντικαταθλιπτικών (Dell'Osso *et al.*, 2017).

Σε αντίθετα συμπεράσματα καταλήγουν οι Burton και συν. (2018), που διερεύνησαν τη φαινομενολογία της ψύχωσης, καθώς και δημογραφικών, κλινικών, λειτουργικών και νευροψυχολογικών χαρακτηριστικών σε ένα δείγμα 168 συμμετεχόντων με Διπολική Διαταραχή χωρίς ιστορικό ψύχωσης και 213 συμμετεχόντων με Διπολική Διαταραχή και ιστορικό ψύχωσης. Σχεδόν οι μισοί από αυτούς που εμφάνιζαν Διπολική Διαταραχή με ιστορικό ψύχωσης βίωσαν ιδέες μεγαλείου και ψευδαισθήσεις με δύο ή περισσότερες φωνές που συνομιλούν. Οι ασθενείς με Διπολική Διαταραχή χωρίς ιστορικό ψύχωσης βίωσαν μεγαλύτερη χρονιότητα των συναισθηματικών συμπτωμάτων και υψηλότερο βαθμό ταχείας εναλλαγής επεισοδίων από τους ασθενείς με Διπολική Διαταραχή και ιστορικό ψύχωσης (Burton *et al.*, 2018).

1.5.2. ΤΟ ΠΑΙΔΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΩΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΩΝ ΣΤΙΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως νευροαναπτυξιακοί (γρίπη μητέρας κατά την κύηση, προωρότητα), χρήση ουσιών (κάνναβη, κοκαΐνη, οπιοειδή, διεγερτικά και ηρεμιστικά) και σωματικό/ψυχολογικό στρες (απώλεια γονέων κακοποίηση, αντιξοότητες, κρανιοεγκεφαλική κάκωση) έχουν διαπιστωθεί να σχετίζονται με την πιθανότητα εμφάνισης συναισθηματικής διαταραχής (Marangoni *et al.*, 2016).

Σε μία συστηματική ανασκόπηση μελετήθηκαν 51 περιβαλλοντικοί παράγοντες για διπολική διαταραχή. Ισχυρότερη συσχέτιση της διπολικής διαταραχής βρέθηκε με

- το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου
- το ιστορικό παιδικής κακοποίησης
- το άσθμα
- την παχυσαρκία
- την οροθετικότητα στο *Toxoplasma gondii*
- το ιστορικό κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης (Bortolato *et al.*, 2017).

Αντικρουόμενα αποτελέσματα για συσχέτιση υποτύπων παιδικού τραύματος και υποτύπων διπολικής διαταραχής παρουσιάζονται σε μελέτη των Janiri και συν. (2015). Ειδικότερα, και οι ασθενείς με Διπολική Διαταραχή I και οι ασθενείς με Διπολική Διαταραχή II διέφεραν σημαντικά από τον υγιή πληθυσμό ως προς το συνολικό σκορ του τραύματος και τη συναισθηματική κακοποίηση. Οι ασθενείς με Διπολική Διαταραχή I διέφεραν σημαντικά από τον υγιή πληθυσμό ως προς τη σεξουαλική κακοποίηση και οι ασθενείς με Διπολική Διαταραχή II ως προς τη συναισθηματική παραμέληση. Οι ασθενείς με Διπολική Διαταραχή I και II δε διέφεραν σημαντικά ως προς τους υποτύπους του τραύματος. Οι απόπειρες αυτοκτονίας συνδέονταν με τη συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση στη Διπολική Διαταραχή I και μόνο με τη συναισθηματική παραμέληση στη Διπολική Διαταραχή II. Η συναισθηματική κακοποίηση ήταν ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για απόπειρες αυτοκτονίας δια βίου στους ασθενείς με διπολική διαταραχή (Janiri *et al.*, 2015).

2. ΠΑΙΔΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

2.1 ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Το παιδικό τραύμα συσχετίζεται με πολλούς δείκτες κακής πορείας και πρόγνωσης της Διπολικής Διαταραχής, όπως η πρώιμη έναρξη της νόσου, αυτοκτονικότητα και διαταραχή κατάχρησης ουσιών, ψυχωτικά χαρακτηριστικά, μεγαλύτερη βαρύτητα επεισοδίων, μεγαλύτερο αριθμό επεισοδίων, ταχεία εναλλαγή φάσεων και συννοσηρότητα με αγχώδεις διαταραχές και μετατραυματική διαταραχή

στρες (Cakir *et al.*, 2016, Daruy-Filho *et al.*, 2011, Etain *et al.*, 2013, Larsson *et al.*, 2013, Maniglio, 2013). Οι συσχετίσεις αυτές επιβεβαιώθηκαν σε πρόσφατη μετα-ανάλυση από 30 μελέτες (Agnew-Blais and Danese, 2016).

Οι γυναίκες αναφέρουν μεγαλύτερη συχνότητα παιδικού τραύματος απ'ότι οι άνδρες και εντονότερες συσχετίσεις του παιδικού τραύματος με τα κλινικά χαρακτηριστικά της Διπολικής Διαταραχής (Etain *et al.* 2013). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία όλοι οι υπότυποι του παιδικού τραύματος δεν έχουν ισοδύναμες κλινικές συνέπειες. Η συναισθηματική, η σωματική και η σεξουαλική κακοποίηση συχνά συνυπάρχουν και είναι αλληλένδετες. Η σεξουαλική κακοποίηση είναι ο πιο ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας της ταχείας εναλλαγής φάσεων στη Διπολική Διαταραχή, ενώ η συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση σχετίζονται με πρώιμη έναρξη και αυτοκτονικότητα (Etain *et al.*, 2013). Η συναισθηματική κακοποίηση συσχετίζεται έντονα και η σωματική κακοποίηση μέτρια με τις παραληρητικές ιδέες (Etain *et al.*, 2017a). Η σεξουαλική κακοποίηση έχει σημαντική συσχέτιση με τη μετατραυματική διαταραχή στρες και μέτρια συσχέτιση με αυτοκτονική συμπεριφορά, κατάχρηση ουσιών και ψυχωτικά συμπτώματα (Maniglio, 2013). Τέλος, η σωματική παραμέληση σχετίζεται με βαρύτητα επεισοδίων διάθεσης και ψυχωτικά χαρακτηριστικά, η συναισθηματική παραμέληση σχετίζεται με απόπειρες αυτοκτονίας, ενώ η σωματική, συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση σχετίζονται με αυξημένη συννοσηρότητα (Cakir *et al.*, 2016).

Τα αποτελέσματα άλλης έρευνας έδειξαν ότι η πρώιμη ηλικία έναρξης του πρώτου επεισοδίου της Διπολικής Διαταραχής ή της πρώτης (υπο)μανίας σχετίζεται με οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικών διαταραχών, αλλά όχι με ιστορικό παιδικού τραύματος και ότι η όψιμη ηλικία έναρξης του πρώτου μανιακού επεισοδίου σχετίζεται με στρεσογόνους παράγοντες, κυρίως κοινωνικούς, οικονομικούς και ιατρικούς, τη χρονιά πριν την έναρξη. Πιο συγκεκριμένα, στη μελέτη αυτή που περιελάμβανε 78 ασθενείς ηλικίας 60 ετών και άνω βρέθηκε ότι το βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό για κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, αλκοολισμό, απόπειρα αυτοκτονιών, ψύχωση και κατάχρηση ουσιών συσχετίζεται με πρώιμη ηλικία έναρξης της Διπολικής Διαταραχής. Εντούτοις, κανένας τύπος κακοποίησης (λεκτική, σωματική και σεξουαλική) δε συσχετιζόταν με απουσία ή παρουσία οικογενειακού ιστορικού με ψυχιατρικές διαταραχές ή με την ηλικία έναρξης της διπολικής διαταραχής (Thesing *et al.*, 2015).

Επίσης, σε άλλη έρευνα βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ του ερωτηματολογίου παιδικού τραύματος CTQ, καθώς και της συναισθηματικής κακοποίησης και παραμέλησης και της πρώιμης έναρξης της διπολικής διαταραχής και του χαμηλού επιπέδου ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας (GAF: Global Assessment Functioning). Η σωματική κακοποίηση συσχετιζόταν με χαμηλότερα σκορ της GAF, μεγαλύτερο αριθμό επεισοδίων διάθεσης και αυτοκτονικότητα. Η σεξουαλική κακοποίηση συσχετιζόταν με αυξημένο αριθμό επεισοδίων διάθεσης και ψυχωτικά επεισόδια (Larsson *et al.*, 2013).

Η συννοσηρότητα αγχωδών διαταραχών και το ιστορικό κακοποίησης έχουν και τα δύο συνδεθεί με δυσμενή αποτελέσματα και είναι πολύ συχνά στους

ασθενείς με διπολική διαταραχή. Περίπου οι μισοί έχουν αγχώδη διαταραχή σε όλη τους τη ζωή και παρόμοιο ποσοστό έχει βιώσει παραμέληση κατά την παιδική ηλικία. Οι ασθενείς με Διπολική Διαταραχή και συννοσηρότητα με αγχώδη διαταραχή βιώνουν περισσότερες υποτροπές και μανία με ψυχωτικά συμπτώματα, έχουν συχνότερες νοσηλείες, η ψυχοκοινωνική λειτουργικότητά τους είναι μειωμένη και είναι περισσότερο πιθανή η υιοθέτηση αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Σε έρευνα με δείγμα ενηλίκων με Διπολική Διαταραχή τύπου I και II, που απευθύνθηκαν στη Μονάδα Συναισθηματικών Διαταραχών του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Γενεύης από τον Ιανουάριο του 2010 έως το Δεκέμβριο του 2012, βρέθηκε ότι η επίδραση των αγχωδών διαταραχών στη βαρύτητα της διπολικής διαταραχής είναι ανεξάρτητη από την επίδραση της παιδικής κακοποίησης. Η παιδική κακοποίηση συνδέεται με απόπειρες αυτοκτονίας. Επίσης, βρέθηκε ότι η διάγνωση ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (OCD) αυξάνει κατά εννιά φορές την πιθανότητα αρνητικής έκβασης της Διπολικής Διαταραχής (Pavlova *et al.*, 2018).

2.1.1 ΨΥΧΩΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Πιο συγκεκριμένα, για τα ψυχωτικά συμπτώματα στη Διπολική Διαταραχή ως προς τη συσχέτισή τους με το ιστορικό παιδικού τραύματος, τα δεδομένα της βιβλιογραφίας είναι αντιφατικά. Η πλειονότητα των ερευνών που δημοσιεύθηκαν πριν το 2013 δεν αναφέρουν συσχετίσεις του παιδικού τραύματος με τα ψυχωτικά χαρακτηριστικά. Μόνο δύο μελέτες πριν το 2013 ανέφεραν αυτή τη συσχέτιση. Ειδικότερα, στη μία μελέτη βρέθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα σε ενήλικες ασθενείς που ανέφεραν γενικό τραύμα και στις ακουστικές ψευδαισθήσεις, αλλά και σε ασθενείς που ανέφεραν παιδική σεξουαλική κακοποίηση και ακουστικές ψευδαισθήσεις (Hammersley *et al.*, 2003).

Στη δεύτερη μελέτη, συμπεριλήφθησαν 446 παιδιά και έφηβοι, ηλικίας 7 έως 17 ετών, που πληρούσαν τα κριτήρια για Διπολική Διαταραχή I κατά DSM-IV ή της Διπολικής Διαταραχής μη άλλως προσδιοριζόμενη (η τελευταία σε πάνω από το ένα τρίτο των ασθενών). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 20% του δείγματος βίωσε σωματική και/ή σεξουαλική κακοποίηση. Η σωματική κακοποίηση σχετιζόταν με ιστορικό ψυχωτικών συμπτωμάτων, οικογενειακό ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής και μετατραυματική διαταραχή στρες. Η σεξουαλική κακοποίηση σχετιζόταν με μετατραυματική διαταραχή στρες μόνο (Romero *et al.*, 2009).

Πιο πρόσφατα, σε έρευνα με δείγμα 2019 συμμετεχόντων με Διπολική Διαταραχή τύπου I βρέθηκαν τα εξής αποτελέσματα. Δεν υπήρχε καμία σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα παιδικά γεγονότα ή την παιδική κακοποίηση με το ιστορικό ψυχωτικών συμπτωμάτων γενικά. Επίσης, δε βρέθηκε καμία συσχέτιση ανάμεσα στα παιδικά γεγονότα και την παρουσία παραληρητικών ιδεών. Ωστόσο, σημαντική συσχέτιση υπήρχε μεταξύ των παιδικών γεγονότων και ειδικότερα της σεξουαλικής κακοποίησης και των σύντονων με τη διάθεση ακουστικών ψευδαισθήσεων ή των υβριστικών φωνών. Η συσχέτιση αυτή παρέμενε σημαντική ακόμα και μετά τον

έλεγχο για κατάχρηση κάνναβης. Επιπλέον, η παιδική κακοποίηση και ειδικά η σεξουαλική, σωματική και συναισθηματική κακοποίηση, βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με τις σύντονες με τη διάθεση οπτικές ψευδαισθήσεις (Urthegrove *et al.*, 2015).

Στη μελέτη των Cakir και συν. (2016) σε 135 ασθενείς με Διπολική Διαταραχή τύπου I, που παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία Συναισθηματικών Διαταραχών του Νοσοκομείου Κωνσταντινούπολης, βρέθηκε ότι η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου παιδικού τραύματος CTQ σχετιζόταν με αυξημένη συννοσηρότητα και παρουσία ψυχωτικών χαρακτηριστικών. Ειδικότερα, υπήρχαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των υποτύπων παιδικής κακοποίησης (σωματικής, συναισθηματικής και σεξουαλικής) και συννοσηρότητας ενώ η σωματική παραμέληση σχετιζόταν με βαρύτητα επεισοδίων διάθεσης και ψυχωτικά χαρακτηριστικά και η συναισθηματική παραμέληση σχετιζόταν με απόπειρες αυτοκτονίας (Cakir *et al.*, 2016).

Σε άλλη έρευνα με δείγμα 270 ασθενείς με διπολική διαταραχή σε κατάσταση νορμοθυμίας βρέθηκε ότι υπήρχε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην κλίμακα Peters Delusions Inventory (PDI), που αξιολογεί 21 παραληρητικές πεποιθήσεις, και το συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου παιδικού τραύματος CTQ (Childhood Trauma Questionnaire). Το παιδικό τραύμα δε συσχετιζόταν με τα ψυχωτικά συμπτώματα, όταν εξετάζονταν κατηγορικά, ενώ συσχετιζόταν, όταν αυτά εξετάζονταν διαστατικά/ποσοτικά. Ειδικότερα, υπήρχε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των παραληρητικών πεποιθήσεων και της συναισθηματικής και σωματικής κακοποίησης στους ασθενείς με διπολική διαταραχή (Etain *et al.*, 2017a).

Τέλος, σε έρευνα με 454 ασθενείς με συναισθηματική ή μη ψύχωση που ζούσαν στο Όσλο της Νορβηγίας βρέθηκε ότι 69 ασθενείς από ομάδες εθνικής μειονότητας (πρώτης και δεύτερης γενιάς Ασιάτες και Αφρικανοί μετανάστες) είχαν υψηλότερα επίπεδα παιδικού τραύματος και ειδικότερα σωματικής κακοποίησης, σωματικής παραμέλησης και σεξουαλικής κακοποίησης. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς αυτοί εμφάνιζαν σημαντικά μεγαλύτερη ψευδαισθητική συμπεριφορά τη στιγμή της μελέτης και δια βίου εμπειρία δύο ή περισσότερων φωνών που συνομιλούν. Βρέθηκε ότι η παρουσία παιδικού τραύματος μεσολαβεί στη συσχέτιση μεταξύ του εθνικού μειονοτικού status και των ψευδαισθήσεων (Berg *et al.*, 2015).

2.2 ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η παιδική ηλικία θεωρείται ως μία περίοδος υψηλής ευαλωτότητας, καθώς η ωρίμανση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος είναι εξαιρετικά «ευαίσθητη» σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Από την περίοδο μετά τη γέννηση μέχρι την ηλικία των 7 ετών, πολλές κρίσιμες διαδικασίες, που αφορούν τη γνωστική λειτουργία και τη συναισθηματική ρύθμιση, λαμβάνουν χώρα. Πρώιμα γεγονότα ζωής ή

στρεσογόνοι παράγοντες, ανάλογα με τη σοβαρότητα και τη χρονιότητά τους, ενδέχεται να τροποποιήσουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου (Etain *et al.*, 2008).

Τα νευροβιολογικά επακόλουθα του παιδικού τραύματος στη Διπολική Διαταραχή βασίζονται κυρίως σε μηχανισμούς νευροπλαστικότητας και συγκεκριμένα του BDNF (Brain-Derived Neurotrophic Factor), σε μηχανισμούς φλεγμονής, σε διαταραχές ύπνου και στη λειτουργία του άξονα HPA (Hypothalamic-Pituitary-Adrenal), δηλαδή του άξονα Υποθάλαμος-Υπόφυση-Επινεφρίδια (Aas *et al.*, 2016). Ειδικότερα ο BDNF, που είναι μια νευροτροφίνη, μία τάξη μορίων που ασκεί μακροπρόθεσμες επιδράσεις στη νευρωνική επιβίωση, μετανάστευση και δένδριτική και αξονική ανάπτυξη, και η Απολιποπρωτεΐνη E συνδέονται με γνωστική λειτουργία. Η ανάπτυξη της μνήμης και της εκτελεστικής λειτουργίας είναι μια πολύπλοκη διαδικασία. Ένας περιβαλλοντικός παράγοντας, που επηρεάζει τη γνωστική λειτουργία και τη μνήμη, είναι η κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία (Savitz *et al.*, 2007).

Νευροψυχολογικά τεστ, που μετρούν διάφορες πλευρές της εκτελεστικής λειτουργίας, όπως επίσης τη λεκτική και οπτική μνήμη, το αυτοαναφερόμενο ερωτηματολόγιο CTQ, που μετρά την αναδρομική αξιολόγηση του παιδικού τραύματος δόθηκαν σε 350 ενήλικες. Τα σκορ του CTQ για την κλίμακα σεξουαλικής κακοποίησης είχαν αρνητική συσχέτιση με την απόδοση της μνήμης και η χαμηλή δραστηριότητα του BDNF και της Απολιποπρωτεΐνης E αλληλεπιδρούσαν με τα σκορ της σεξουαλικής κακοποίησης, με αποτέλεσμα τη μειωμένη απόδοση μνήμης στο νευροψυχολογικό τεστ (Savitz *et al.*, 2007).

Σε άλλη μελέτη των Savitz και συν. (2008) σε δείγμα 230 ευθυμικών συμμετεχόντων από 47 οικογένειες, που περιελάμβανε ασθενείς με Διπολική Διαταραχή I, II, Μείζονα Κατάθλιψη και άλλες διαγνώσεις κατά DSM-IV, καθώς και 65 μη "προσβεβλημένων" συγγενών, που αξιολογήθηκαν με νευροψυχολογικές δοκιμασίες, βρέθηκαν τα εξής αποτελέσματα: τα σκορ της σεξουαλικής και συναισθηματικής κακοποίησης και η συναισθηματική παραμέληση σχετίζονταν με πτωχότερη επίδοση στις δοκιμασίες γνωστικής λειτουργίας. Μετά τον έλεγχο για παιδικό τραύμα, η ομάδα των Διπολικών I είχε χειρότερη επίδοση από τους μη "προσβεβλημένους" συγγενείς στις δοκιμασίες οπτικής μνημονικής ανάκλησης, καθώς και της λεκτικής ανάκλησης και της μνήμης αναγνώρισης. Σε αντίθεση, οι ενήλικες με Διπολική II δε διέφεραν σημαντικά από τους μη "προσβεβλημένους" συγγενείς (Savitz *et al.*, 2008).

Σε έρευνα με δείγμα από 64 ασθενείς με διπολική διαταραχή, που πρόσφατα ανάρρωσαν από το πρώτο επεισόδιο μανίας, και 28 υγιείς μάρτυρες διερευνήθηκε η επίδραση του παιδικού τραύματος στη γνωστική λειτουργία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το τραύμα σχετιζόταν με πτωχότερη επίδοση στους ασθενείς έναντι των υγιών μαρτύρων ως προς τις μετρήσεις του δείκτη νοημοσύνης, την ακουστική προσοχή, καθώς και τη λεκτική μνήμη και τη μνήμη εργασίας (Bucker *et al.*, 2013).

Αναφορικά με την επίδραση του παιδικού τραύματος και πιο ειδικά της συναισθηματικής κακοποίησης στη συναισθηματική επεξεργασία (affective processing) σε ασθενείς με διπολική διαταραχή, βρέθηκε ότι οι κακοποιημένες γυναίκες είχαν υψηλότερο σκορ προκατάληψης (bias) στα αρνητικά ερεθίσματα

από ότι οι αντίστοιχοι άνδρες. Η συναισθηματική επεξεργασία μετρήθηκε από τη δοκιμασία Affective Go/No Go (AGNG). Επιπλέον, στους ασθενείς (56 στο σύνολο) χορηγήθηκε και η δοκιμασία Iowa Gambling Task (IGT), που αξιολογεί τις διαδικασίες στις οποίες βασίζεται η λήψη αποφάσεων. Από την τελευταία δοκιμασία (IGT), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι άνδρες με παιδικό τραύμα έτειναν να έχουν μια πιο ριψοκίνδυνη συμπεριφορά συγκριτικά με τις γυναίκες με παιδικό τραύμα, οι οποίες είχαν ένα πιο συντηρητικό γνωστικό στυλ. Τα παραπάνω ευρήματα παραπέμπουν σε αλληλεπίδραση φύλου-παιδικού τραύματος (Russo *et al.*, 2014).

Αξιοσημείωτη είναι και η συσχέτιση του παιδικού τραύματος με την αναγνώριση συναισθημάτων προσώπου (facial emotion recognition) σε ενήλικες με διπολική διαταραχή. Στη μελέτη των Russo και συν. (2015) οι ασθενείς ολοκλήρωσαν το ερωτηματολόγιο CTQ και τη δοκιμασία Emotion Recognition Task (ERT), που αξιολογεί την ικανότητα να προσδιορίζει σωστά ο ασθενής έξι βασικά συναισθήματα προσώπου (πρωτογενή συναισθήματα), δηλαδή χαρά, λύπη, θυμό, αηδία, φόβο και έκπληξη. Το αποτέλεσμα της μελέτης έδειξε ότι οι ασθενείς με ιστορικό συναισθηματικής παραμέλησης είχαν χειρότερη ικανότητα στο να αναγνωρίσουν θυμωμένα πρόσωπα από ότι οι ασθενείς που δεν είχαν ανάλογο ιστορικό. Στους ασθενείς με διπολική διαταραχή η λύπη φαίνεται να είναι το πιο αναγνωρίσιμο συναισθήμα και ακολουθούν ο θυμός, η χαρά, η έκπληξη, η αηδία και ο φόβος (Russo *et al.*, 2015).

Η Διπολική Διαταραχή συνδέεται με γνωστική βλάβη ακόμα και κατά τις περιόδους ύφεσης της ασθένειας. Σε μελέτη 113 εξωτερικών νορμοθυμικών ασθενών από το Πρόγραμμα Διπολικής Διαταραχής του Νοσοκομείου Βαρκελώνης και των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας του Οβιέδο, αφού υποβλήθηκαν σε νευροψυχολογικές δοκιμασίες, όπως τεστ νοημοσύνης, τεστ μνήμης εργασίας, λεκτικής μνήμης, εκτελεστικών λειτουργιών και άλλα, και συμπλήρωσαν το αυτοαναφερόμενο ερωτηματολόγιο CTQ, παρατηρήθηκε ότι το παιδικό τραύμα και ιδίως η σωματική παραμέληση επηρεάζει σημαντικά τη γνωστική επίδοση στη Διπολική Διαταραχή κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής (Jimenez *et al.*, 2017).

Συνοψίζοντας, το νευροψυχολογικό προφίλ των ασθενών με Διπολική Διαταραχή και πρώιμο παιδικό τραύμα παρουσιάζει ελλείμματα, που εστιάζονται στα εξής σημεία:

- Συνολικό IQ
- Προσοχή
- Λεκτική μνήμη
- Επιτελικές λειτουργίες
- Ενεργό μνήμη
- Ανασταλτικό έλεγχο απάντησης
- Ανάλυση ρίσκου στη λήψη αποφάσεων – IGT (άνδρες > γυναίκες)
- Αναγνώριση συναισθημάτων – ERT (θυμού)
- Συναισθηματική προκατάληψη – AGNG (γυναίκες > άνδρες για αρνητικά ερεθίσματα)

2.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Ένα από τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του παιδικού τραύματος στη διπολική διαταραχή είναι η επιθετική συμπεριφορά. Σημαντικές συσχετίσεις υπάρχουν μεταξύ της επιθετικότητας και του παιδικού τραύματος (συναισθηματικής, σωματικής κακοποίησης και της συναισθηματικής παραμέλησης) καθώς και των μεθοριακών χαρακτηριστικών προσωπικότητας (Garino *et al.*, 2008).

Επίσης, η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα σε ασθενείς με Διπολική Διαταραχή συνδέεται με μειωμένη ικανότητα κατανόησης και ρύθμισης συναισθημάτων, με αυξημένα επίπεδα εσωτερικευμένης και εξωτερικευμένης ψυχοπαθολογίας και μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα, που αρχίζει από την παιδική ηλικία και συνεχίζεται στην ενήλικη ζωή. Η συναισθηματική ρύθμιση μπορεί να οριστεί ως έλεγχος, όχι μόνο για το πώς και πότε, αλλά και για την ένταση και το θετικό / αρνητικό σθένος με το οποίο τα αισθήματα βιώνονται και εκφράζονται (Dvir *et al.*, 2014). Αποτέλεσμα του ελλείμματος συναισθηματικής ρύθμισης είναι η εμφάνιση συναισθηματικής ευμεταβλητότητας (affective lability) στους ασθενείς με Διπολική Διαταραχή και ιστορικό παιδικού τραύματος (Aas *et al.*, 2014).

Στην έρευνα των Etain και συν. (2017c) συμπεριλήφθησαν 485 ευθυμικοί εξωτερικοί ασθενείς με Διπολική Διαταραχή από τα Fondamental Advanced Centers of Expertise in Bipolar Disorders (FACE-BD) στη Γαλλία κατά τα έτη 2009 έως 2014. Πραγματοποιήθηκε συλλογή κλινικών δεικτών βαρύτητας, όπως ηλικία και πολικότητα έναρξης, απόπειρα αυτοκτονίας, ταχεία εναλλαγή φάσεων και χρήση ουσιών. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια, προκειμένου να αξιολογηθούν η παιδική συναισθηματική, σεξουαλική και σωματική κακοποίηση (CTQ), η συναισθηματική αστάθεια, η συναισθηματική ένταση, η παρορμητικότητα και η εχθρότητα. Τα αποτελέσματα ήταν στατιστικώς σημαντικά αναφορικά με τη συναισθηματική κακοποίηση και όλες τις συναισθηματικές / παρορμητικές διαστάσεις (συναισθηματική ένταση, συναισθηματική αστάθεια, παρορμητικότητα, εχθρότητα). Η σεξουαλική κακοποίηση σχετιζόταν μέτρια με τη συναισθηματική ένταση και την εχθρότητα. Τέλος, η συναισθηματική ένταση και η εχθρότητα βρέθηκαν να σχετίζονται με υψηλό κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονιών, ενώ η παρορμητικότητα με υψηλό κίνδυνο χρήσης ουσιών (Etain *et al.*, 2017c).

Ισχυροί συσχετισμοί έχουν διαπιστωθεί μεταξύ των χαρακτηριστικών μεθοριακής προσωπικότητας και των τραυματικών εμπειριών παιδικής ηλικίας σε ασθενείς με διαταραχές διάθεσης (Baryshnikov *et al.*, 2017).

Όπως προκύπτει από τα ανωτέρω, τα άτομα με διπολική διαταραχή που βιώνουν παιδικό τραύμα χαρακτηρίζονται από συναισθηματική ευμεταβλητότητα, παρορμητικότητα, επιθετικότητα και μεθοριακά χαρακτηριστικά προσωπικότητας.

2.4 ΠΑΙΔΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Σε 135 ασθενείς με Διπολική Διαταραχή τύπου I, που παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία Συναισθηματικών Διαταραχών του Νοσοκομείου Κωνσταντινούπολης από την 1^η Σεπτεμβρίου 2013 έως και την 31^η Ιανουαρίου 2014, βρέθηκαν τα εξής αποτελέσματα. Δε σημειώθηκε καμία διαφορά στα σκορ του Childhood Trauma Questionnaire ανάμεσα στους ασθενείς που ανταποκρίθηκαν καλά ή όχι στο λίθιο. Ωστόσο, τα σκορ της σωματικής και συναισθηματικής κακοποίησης ήταν αυξημένα στους ασθενείς που είχαν πτωχή ανταπόκριση στην αντισπασμική θεραπεία (θεραπεία με σταθεροποιητικά) (Cakir *et al.*, 2016).

Αντίθετα, σε έρευνα των Etain και συν. (2017) βρέθηκε ότι το παιδικό τραύμα και συγκεκριμένα η σωματική κακοποίηση συσχετίζεται με χαμηλό επίπεδο ανταπόκρισης στο λίθιο. Οι ασθενείς με υψηλή έκθεση σε παιδικό τραύμα, και μάλιστα με παρουσία τουλάχιστον δύο υποτύπων τραύματος (συναισθηματική, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση), είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να μην ανταποκριθούν στη θεραπεία με λίθιο (Etain *et al.*, 2017b).

Παρά το γεγονός ότι έχουν γίνει προσπάθειες να προσδιοριστούν βιοδείκτες που προβλέπουν την ανταπόκριση στη θεραπεία συντήρησης της Διπολικής Διαταραχής, εντούτοις δεν έχουν στεφθεί με επιτυχία. Ωστόσο, η ισχυρή σύνδεση του παιδικού τραύματος με την ψυχιατρική συννοσηρότητα, τις απόπειρες αυτοκτονίας, τα ψυχωτικά συμπτώματα, τη βαρύτητα των επεισοδίων και τη χρήση αντικαταθλιπτικών, δίνει έμφαση στον κυριαρχικό ρόλο που διαδραματίζει το παιδικό τραύμα στην αντίσταση στη θεραπεία της Διπολικής Διαταραχής (Cakir *et al.*, 2016).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Σκοπός

Οι σκοποί αυτής της μελέτης είναι τρεις. Πρώτον, η σύγκριση του ιστορικού παιδικού τραύματος ανάμεσα σε ασθενείς με Διπολική Διαταραχή I και II και υγιείς μάρτυρες. Δεύτερον, θα μελετηθεί εάν το οικογενειακό ιστορικό για Μείζονες Ψυχιατρικές Διαταραχές, δηλαδή σχιζοφρένεια, κατάθλιψη και Διπολική Διαταραχή, σχετίζεται με το ιστορικό παιδικού τραύματος στους ασθενείς με διπολική διαταραχή και ειδικότερα στους ασθενείς με διπολική διαταραχή τύπου I. Και τρίτον θα γίνει σύγκριση των ασθενών που εμφανίζουν ψυχωτικά συμπτώματα και μη ως προς τις διαστάσεις του παιδικού τραύματος λαμβάνοντας υπόψη δημογραφικά στοιχεία, κλινικές παραμέτρους και το οικογενειακό ιστορικό για μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές.

2. Υλικό

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 149 ασθενείς, άνδρες και γυναίκες, ηλικίας 18-80 ετών, με Διπολική Διαταραχή I (N=99) και II (N=50) που νοσηλεύθηκαν στη Μονάδα Νοσηλείας ή παρακολουθούνται στο Ειδικό Ιατρείο Συναισθηματικών Διαταραχών της Β' Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «ΑΤΤΙΚΟΝ» κατά τα έτη 2014 έως και σήμερα και 98 υγιείς μάρτυρες (ομάδα ελέγχου). Τα κριτήρια αποκλεισμού στην ομάδα ελέγχου είναι 1) να μην υπάρχει ατομικό ιστορικό ψυχικής νόσου και 2) να μην υπάρχει οικογενειακό ιστορικό για σχιζοφρένεια, κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, απόπειρα αυτοκτονίας ή άλλη μείζονα ψυχική διαταραχή σε πρώτου βαθμού συγγενείς (αδέλφια, γονείς και παιδιά).

3. Μέθοδος

3.1 Κλινικά – Ψυχομετρικά εργαλεία

Για την καταγραφή του κλινικού φαινοτύπου της διπολικής διαταραχής χρησιμοποιήθηκε ημιδομημένη συνέντευξη βασισμένη στο MINI-5 (Sheehan *et al.*, 1998). Για την καταγραφή του ιστορικού παιδικού τραύματος χρησιμοποιήθηκε η αυτοχορηγούμενη κλίμακα CATS (Child Abuse and Trauma Scale) (Sanders and Becker-Lausen, 1995) (βλ. Παράρτημα). Οι υποκλίμακες του ερωτηματολογίου είναι οι ακόλουθες: υποκλίμακα παραμέλησης/αρνητικής ατμόσφαιρας στο σπίτι, υποκλίμακα σεξουαλικής κακοποίησης, η υποκλίμακα τιμωρίας και η υποκλίμακα συναισθηματικής κακοποίησης (Kent and Waller, 1998, Sanders and Becker-Lausen, 1995). Για τη συλλογή του οικογενειακού ιστορικού χρησιμοποιήθηκε η δομημένη συνέντευξη Family Interview for Genetic Studies (FIGS) (NIMH 1992).

Τέλος, στην ομάδα ελέγχου δόθηκε ατομικό έντυπο μάρτυρα στο οποίο καταγράφηκαν κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία (βλ. Παράρτημα).

3.2 Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (k = αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διαστάσεις της κλίμακας CATS από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

4. Αποτελέσματα

4.A. Αναλύσεις στο συνολικό δείγμα ασθενών και μαρτύρων

4.A.1 Περιγραφή δείγματος

Το δείγμα αποτελείται από 247 άτομα, τα 149 εκ των οποίων (60,3%) είχαν διπολική διαταραχή. Στον πίνακα 1(βλ. ΠΙΝΑΚΕΣ-ΣΧΗΜΑΤΑ) δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, ανάλογα με το αν έπασχαν ή όχι από διπολική διαταραχή.

Το 62,2% των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου και το 67,1% της ομάδας των ασθενών ήταν γυναίκες, χωρίς ωστόσο να διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους τα

ποσοστά αυτά. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων με διπολική διαταραχή ήταν 47,7 έτη (SD=11,9 έτη), η οποία ήταν σημαντικά υψηλότερη από αυτήν της ομάδας ελέγχου που ήταν 40,9 έτη (SD=12,8 έτη). Επίσης, το ποσοστό των εργαζομένων ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα ελέγχου σε σύγκριση με την ομάδα των ατόμων με διπολική διαταραχή (69,4% έναντι 32,9%). Επίσης, το επάγγελμα διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, με το ποσοστό των εργατών να είναι υψηλότερο στην ομάδα των ατόμων με διπολική διαταραχή. Το ποσοστό των έγγαμων ήταν σημαντικά χαμηλότερο στην ομάδα των ατόμων με διπολική διαταραχή. Ομοίως, τα έτη εκπαίδευσης ήταν σημαντικά λιγότερα στην ομάδα των ατόμων με διπολική διαταραχή (βλ. Πίνακας 1).

Το 66,4% των ασθενών είχε διπολική διαταραχή τύπου I. Η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση ήταν τα 30,6 έτη (SD=11,2 έτη) και ο διάμεσος αριθμός νοσηλειών ήταν 2 (1-4 νοσηλείες). Το 45,6% των ασθενών δεν είχε ψυχωτικά χαρακτηριστικά, το 20,1% είχε μόνο σύντονα, το 9,4% μόνο μη σύντονα και το 24,8% είχε και σύντονα και μη σύντονα (βλ. Πίνακας 2, Γράφημα 1,2).

4.A.2 Σύγκριση ασθενών και μαρτύρων ως προς τις διαστάσεις της CATS

Σημαντικά υψηλότερες ήταν οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων με διπολική διαταραχή σε όλες τις διαστάσεις της κλίμακας CATS, υποδηλώνοντας περισσότερα τραύματα, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν διπολική διαταραχή (βλ. Πίνακας 3, Γράφημα 3, 4, 5, 6, 7).

Στη συνέχεια έγιναν μοντέλα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας σαν εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις της κλίμακας CATS και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και το αν έπασχαν από διπολική διαταραχή ή όχι. Για τις αναλύσεις αυτές χρησιμοποιήθηκαν οι λογαριθμικοί μετασχηματισμοί των εξαρτημένων μεταβλητών. Σημαντικά υψηλότερες ήταν οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων με διπολική διαταραχή σε όλες τις διαστάσεις της κλίμακας CATS, υποδηλώνοντας περισσότερα τραύματα, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν διπολική διαταραχή, λαμβάνοντας υπόψη όλα τα δημογραφικά τους στοιχεία, δηλαδή το φύλο, την ηλικία, την εργασιακή και οικογενειακή κατάσταση και τα έτη εκπαίδευσης (βλ. Πίνακας 4).

4.A.3 Συσχέτιση διαστάσεων της CATS στους ασθενείς με διπολική διαταραχή με δημογραφικά στοιχεία και κλινικά τους χαρακτηριστικά

Στη συσχέτιση των διαστάσεων της κλίμακας CATS με δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων με διπολική διαταραχή και με στοιχεία που αφορούν στη νόσο τους βρέθηκαν τα εξής αποτελέσματα:

Οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι», που υποδηλώνει περισσότερα τραύματα στον τομέα αυτό, σε σύγκριση με τους άντρες (βλ. Πίνακας 5, Γράφημα 8). Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της βαθμολογίας στη διάσταση

«Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι» με την ηλικία των συμμετεχόντων και με την ηλικία τους κατά τη διάγνωση. Συνεπώς, όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν οι συμμετέχοντες ή όσο μεγαλύτερη ηλικία είχαν κατά τη διάγνωση τόσο λιγότερη ήταν η παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα που είχαν βιώσει στο σπίτι τους σαν παιδιά (βλ. Πίνακας 6, Γράφημα 9). Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά τους στοιχεία, καθώς και τα στοιχεία που αφορούν στη νόσο τους. Το φύλο και η ηλικία βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι» (βλ. Πίνακας 7). Συγκεκριμένα:

- Οι άντρες είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση αυτή σε σύγκριση με τις γυναίκες.
- Όσο αυξάνεται η ηλικία των συμμετεχόντων τόσο μειώνεται η βαθμολογία τους στη διάσταση αυτή.

Δε βρέθηκε καμία συσχέτιση της διάστασης «Σεξουαλική κακοποίηση» με όλα τα παραπάνω στοιχεία (βλ. Πίνακες 8 και 9). Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Σεξουαλική κακοποίηση» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά τους στοιχεία καθώς και τα στοιχεία που αφορούν στη νόσο τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) δεν βρέθηκε κανένας παράγοντας που να σχετίζεται σημαντικά με αυτήν.

Στη βαθμολογία των συμμετεχόντων με διπολική διαταραχή στη διάσταση «Τιμωρία» ανάλογα με δημογραφικά τους στοιχεία και με στοιχεία που αφορούν στη νόσο τους βρέθηκαν τα εξής αποτελέσματα. Οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Τιμωρία», που υποδηλώνει περισσότερα τραύματα στον τομέα αυτό, σε σύγκριση με τους άντρες. Δεν διέφερε η βαθμολογία στη διάσταση αυτή με τα υπόλοιπα στοιχεία (βλ. Πίνακας 10, Γράφημα 10). Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της βαθμολογίας στη διάσταση «Τιμωρία» με τα έτη εκπαίδευσης των συμμετεχόντων. Συνεπώς, όσο περισσότερα ήταν τα έτη εκπαίδευσης των συμμετεχόντων τόσο λιγότερη τιμωρία είχαν βιώσει στο σπίτι τους σαν παιδιά (βλ. Πίνακας 11, Γράφημα 11). Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Τιμωρία» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά τους στοιχεία καθώς και τα στοιχεία που αφορούν στη νόσο τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) και με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών βρέθηκαν ότι μόνο τα έτη εκπαίδευσης σχετίζονται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Τιμωρία». Συγκεκριμένα, όσο περισσότερα ήταν τα έτη εκπαίδευσης των συμμετεχόντων τόσο χαμηλότερη ήταν η βαθμολογία τους στη διάσταση «Τιμωρία» (βλ. Πίνακας 12).

Στη βαθμολογία των συμμετεχόντων με διπολική διαταραχή στη διάσταση «Συναισθηματική κακοποίηση» ανάλογα με δημογραφικά τους στοιχεία και με στοιχεία που αφορούν στη νόσο τους καμία συσχέτιση δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική (βλ. Πίνακας 13). Δεν υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της

βαθμολογίας στη διάσταση «Συναισθηματική κακοποίηση» με την ηλικία των συμμετεχόντων, τα έτη εκπαίδευσης, την ηλικία κατά τη διάγνωση και τον αριθμό νοσηλειών (βλ. Πίνακας 14). Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Συναισθηματική κακοποίηση» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά τους στοιχεία καθώς και τα στοιχεία που αφορούν στη νόσο τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) και με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών δεν βρέθηκε κανένας παράγοντας που να σχετίζεται σημαντικά με αυτήν .

Στη συνολική βαθμολογία CATS των συμμετεχόντων με διπολική διαταραχή ανάλογα με δημογραφικά τους στοιχεία και με στοιχεία που αφορούν στη νόσο τους βρέθηκε ότι οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερη συνολική βαθμολογία CATS, που υποδηλώνει περισσότερα τραύματα συνολικά, σε σύγκριση με τους άντρες. Μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni δε βρέθηκε σημαντική διαφορά στη συνολική βαθμολογία CATS των συμμετεχόντων ανάλογα με την εργασιακή τους κατάσταση (βλ. Πίνακας 15, Γράφημα 12). Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας CATS των συμμετεχόντων με την ηλικία των συμμετεχόντων, τα έτη εκπαίδευσης, την ηλικία κατά τη διάγνωση και τον αριθμό νοσηλειών (βλ. Πίνακας 16). Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία CATS και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά τους στοιχεία, καθώς και τα στοιχεία που αφορούν στη νόσο τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) και με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών βρέθηκαν ότι το φύλο και η εργασιακή κατάσταση σχετίζονται ανεξάρτητα με τη συνολική βαθμολογία CATS (βλ. Πίνακας 17). Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν σημαντικά περισσότερη συνολική βαθμολογία σε σύγκριση με τους άντρες.
- Οι εργαζόμενοι είχαν σημαντικά χαμηλότερη συνολική βαθμολογία σε σύγκριση με τους ανέργους/ φοιτητές/ μαθητές.

Ας σημειωθεί, τέλος, ότι τόσο για τη συνολική βαθμολογία της CATS όσο και για τις επιμέρους διαστάσεις της, ελέγχθηκαν μοντέλα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης στα οποία περιελήφθησαν όροι αλληλεπίδρασης του οικογενειακού ιστορικού για κάθε μία από τις μείζονες ψυχικές διαταραχές (κατάθλιψη, ΔΔ, σχιζοφρένεια) με το ιστορικό ψυχωσικών χαρακτηριστικών κατά τη διάρκεια της ζωής. Ο εν λόγω όρος αλληλεπίδρασης δεν αναδείχθηκε στατιστικά σημαντικός σε κανένα μοντέλο.

4.B. Αναλύσεις στους ασθενείς με ΔΔ-I και τους μάρτυρες

Στη συνέχεια προχωρήσαμε σε επιπλέον αναλύσεις μόνο για τους ασθενείς με Διπολική Διαταραχή τύπου I, οι οποίοι αποτελούν τα 2/3 του συνολικού δείγματος των ασθενών και πάσχουν από υπότυπο της νόσου με μεγαλύτερη

βαρύτητα, υψηλότερη κληρονομησιμότητα και υψηλότερο ποσοστό ιστορικού ψυχωσικών χαρακτηριστικών στη διάρκεια της ζωής.

4.B.1 Περιγραφή δείγματος

Το συνολικό δείγμα αποτελείται έτσι από 197 άτομα (99 ασθενείς με Δ.Δ. τύπου I και 98 υγείς μάρτυρες ή ομάδα ελέγχου). Τα χαρακτηριστικά του δείγματος και για τις δύο ομάδες παρουσιάζονται στον Πίνακα 18. Οι δύο ομάδες δε διαφέρουν ως προς το φύλο και την ηλικία. Οι ασθενείς είχαν σημαντικά λιγότερα έτη εκπαίδευσης. Επίσης, το ποσοστό των εργαζόμενων συμμετεχόντων ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα ελέγχου, όπως και το ποσοστό των έγγαμων.

Τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών παρουσιάζονται στον Πίνακα 19. Η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση ήταν τα 28,4 έτη (SD=10,2 έτη) και ο διάμεσος αριθμός νοσηλειών ήταν 3 (IQR:1-4). Επίσης, το 27,3% των ασθενών δεν παρουσίασε ψυχωτικά χαρακτηριστικά, το 24,2 % είχε μόνο σύντονα χαρακτηριστικά, το 13,1% μόνο μη σύντονα και το 35,4% είχε και σύντονα και μη σύντονα στη διάρκεια της ζωής τους. Επιπλέον, το 26,3% των ασθενών είχε οικογενειακό ιστορικό για κατάθλιψη, το 22,2% οικογενειακό ιστορικό για διπολική διαταραχή και το 11,1% οικογενειακό ιστορικό για σχιζοφρένεια.

4.B.2 Σύγκριση ασθενών με ΔΔ-I και μαρτύρων ως προς τις διαστάσεις της CATS

Οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας CATS και της συνολικής βαθμολογίας CATS παρουσιάζονται στον Πίνακα 20. Ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία, δηλαδή φύλο, ηλικία, εργασιακή κατάσταση και έτη εκπαίδευσης, βρέθηκε μέσω μοντέλων γραμμικής παλινδρόμησης ότι οι ασθενείς με Δ.Δ τύπου I είχαν σημαντικά υψηλή βαθμολογία σε όλες τις διαστάσεις της κλίμακας CATS και στη συνολική βαθμολογία CATS, υποδηλώνοντας ότι είχαν υποστεί περισσότερα τραύματα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

4.B.3 Συσχέτιση διαστάσεων της CATS στους ασθενείς με ΔΔ-I με δημογραφικά στοιχεία και κλινικά τους χαρακτηριστικά

Όταν χρησιμοποιήθηκε ανάλυση πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης για τη συνολική βαθμολογία CATS, τη διάσταση «Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι» και τη διάσταση «Σεξουαλική κακοποίηση» στους ασθενείς με Δ.Δ τύπου I (βλ. Πίνακας 21) βρέθηκε σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στους εργαζόμενους σε σύγκριση με τους ανέργους στη συνολική βαθμολογία CATS. Αναφορικά με τη διάσταση «Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι», πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι οι γυναίκες είχαν υψηλότερη βαθμολογία απ' ότι οι άντρες, ενώ η βαθμολογία στη διάσταση

«Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι» μειώνεται όσο η ηλικία αυξάνεται. Επίσης, οι εργαζόμενοι είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους ανέργους στη διάσταση «Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι». Ένας σημαντικός όρος αλληλεπίδρασης της ύπαρξης ψυχωτικών χαρακτηριστικών με το οικογενειακό ιστορικό για διπολική διαταραχή βρέθηκε τόσο στη συνολική βαθμολογία CATS όσο και στη διάσταση «Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι». Ειδικότερα, η ύπαρξη ψυχωτικών χαρακτηριστικών σχετιζόταν με υψηλότερη βαθμολογία στη συνολική βαθμολογία CATS ή στη διάσταση «Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι» στους ασθενείς χωρίς οικογενειακό ιστορικό για διπολική διαταραχή, ενώ σχετιζόταν με χαμηλότερη βαθμολογία στη συνολική βαθμολογία CATS ή στη διάσταση «Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι» στους ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό για διπολική διαταραχή. Κανένας παράγοντας δε βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη «Σεξουαλική κακοποίηση».

Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης για τις διαστάσεις «Τιμωρία» και «Συναισθηματική κακοποίηση» παρουσιάζονται στον Πίνακα 22. Σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία είχαν οι συνταξιούχοι σε σύγκριση με τους ανέργους στη διάσταση «Τιμωρία», ενώ σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία είχαν οι εργαζόμενοι σε σύγκριση με τους ανέργους στη διάσταση «Συναισθηματική κακοποίηση». Τα περισσότερα έτη εκπαίδευσης βρέθηκαν να σχετίζονται με χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Τιμωρία». Επιπλέον, ένας σημαντικός όρος αλληλεπίδρασης της ύπαρξης ψυχωτικών χαρακτηριστικών με το οικογενειακό ιστορικό για διπολική διαταραχή βρέθηκε στις διαστάσεις «Τιμωρία» και «Συναισθηματική κακοποίηση», υποδηλώνοντας ότι η ύπαρξη ψυχωτικών χαρακτηριστικών σχετίζεται με υψηλότερη βαθμολογία στις δύο προαναφερθείσες διαστάσεις στους ασθενείς χωρίς οικογενειακό ιστορικό για διπολική διαταραχή και με χαμηλότερη βαθμολογία στους ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό για διπολική διαταραχή.

Ας σημειωθεί, τέλος, ότι τόσο για τη συνολική βαθμολογία της CATS όσο και για τις επιμέρους διαστάσεις της, ελέγχθηκαν επιπλέον μοντέλα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης στα οποία περιελήφθησαν όροι αλληλεπίδρασης του οικογενειακού ιστορικού για κατάθλιψη ή σχιζοφρένεια με το ιστορικό ψυχωτικών χαρακτηριστικών κατά τη διάρκεια της ζωής. Οι εν λόγω όροι αλληλεπίδρασης δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικοί σε κανένα μοντέλο.

5. Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε πρώτον ότι οι ασθενείς με Διπολική Διαταραχή I και II είχαν σημαντικά υψηλότερη συνολική βαθμολογία παιδικού τραύματος σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες. Η παραπάνω διαπίστωση επιβεβαιώνει αντίστοιχα ευρήματα της υπάρχουσας βιβλιογραφίας (Aas *et al.*, 2016, Janiri *et al.*, 2015, Sugaya *et al.*, 2012). Επίσης, σημαντικά υψηλότερες ήταν οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων με Διπολική Διαταραχή σε όλες τις διαστάσεις της

κλίμακας CATS, λαμβάνοντας υπόψη όλα τα δημογραφικά τους στοιχεία, δηλαδή το φύλο, την ηλικία, την εργασιακή και οικογενειακή κατάσταση και τα έτη εκπαίδευσης. Πιο συγκεκριμένα, στο σύνολο του δείγματος οι γυναίκες παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στις διαστάσεις «Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι», «Τιμωρία» και στη συνολική βαθμολογία CATS, υποδηλώνοντας περισσότερα τραύματα σε σύγκριση με τους άντρες, σε συμφωνία με προηγούμενα ευρήματα (Etain *et al.*, 2013). Επίσης, όσο αυξανόταν η ηλικία των συμμετεχόντων τόσο μειωνόταν η βαθμολογία τους στην κλίμακα «Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι», δηλαδή όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν οι συμμετέχοντες τόσο λιγότερα τραύματα ανέφεραν ότι είχαν βιώσει τόσο στο σύνολο των ασθενών όσο και ειδικότερα στους ασθενείς με Διπολική Διαταραχή Ι. Αναφορικά με τα έτη εκπαίδευσης, όσο περισσότερα ήταν τα έτη εκπαίδευσης των συμμετεχόντων τόσο χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα «Τιμωρία» είχαν, δηλαδή ανέφεραν ότι είχαν βιώσει λιγότερα τραύματα ως παιδιά τόσο στο σύνολό τους οι ασθενείς όσο και ειδικότερα οι ασθενείς με Διπολική Διαταραχή Ι. Συνεπώς, η μόρφωση βοηθούσε στο να επεξεργάζονται καλύτερα οι ασθενείς τα τραύματά τους. Τέλος, οι εργαζόμενοι είχαν σημαντικά χαμηλότερη συνολική βαθμολογία CATS σε σύγκριση με τους ανέργους/φοιτητές/μαθητές τόσο στο σύνολο των ασθενών όσο και ειδικότερα στους ασθενείς με Διπολική Διαταραχή Ι, υποδηλώνοντας ότι η εργασία μπορεί να λειτουργήσει ως προστατευτικός παράγοντας απέναντι στα τραύματα.

Δεύτερον, το παιδικό τραύμα στους ασθενείς με διπολική διαταραχή βρέθηκε ότι δε συσχετίζεται με το οικογενειακό ιστορικό για Μείζονες Ψυχιατρικές Διαταραχές, δηλαδή σχιζοφρένεια, κατάθλιψη και διπολική διαταραχή. Τα βιβλιογραφικά δεδομένα είναι αντιφατικά ως προς το ζήτημα αυτό. Στη μελέτη των Thesing και συν. (2015) κανένας τύπος κακοποίησης δε συσχετιζόταν με απουσία ή παρουσία οικογενειακού ιστορικού ψυχιατρικών διαταραχών (Thesing *et al.*, 2015). Ωστόσο, σε άλλη έρευνα (Romero *et al.*, 2009) βρέθηκε ότι η σωματική κακοποίηση σχετιζόταν με οικογενειακό ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής.

Για τα ψυχωτικά συμπτώματα στη Διπολική Διαταραχή ως προς τη συσχέτισή τους με το ιστορικό παιδικού τραύματος, τα δεδομένα της βιβλιογραφίας είναι αντιφατικά. Η πλειονότητα των ερευνών που δημοσιεύθηκαν πριν το 2013 δεν αναφέρουν συσχετίσεις του παιδικού τραύματος με τα ψυχωτικά χαρακτηριστικά. Μόνο δύο μελέτες πριν το 2013 ανέφεραν αυτή τη συσχέτιση. Ειδικότερα, στη μία μελέτη βρέθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα σε ενήλικες ασθενείς που ανέφεραν γενικό τραύμα και στις ακουστικές ψευδαισθήσεις, αλλά και σε ασθενείς που ανέφεραν παιδική σεξουαλική κακοποίηση και ακουστικές ψευδαισθήσεις (Hammersley *et al.*, 2003). Στη δεύτερη μελέτη η σωματική κακοποίηση σχετιζόταν με ιστορικό ψυχωτικών συμπτωμάτων (Romero *et al.*, 2009). Από τις νεότερες μελέτες, σε μια έρευνα βρέθηκε ότι δεν υπήρχε καμία σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα παιδικά γεγονότα ή την παιδική κακοποίηση με το ιστορικό ψυχωτικών συμπτωμάτων γενικά. Επιπλέον, δε βρέθηκε καμία συσχέτιση ανάμεσα στα παιδικά γεγονότα και την παρουσία παραληρητικών ιδεών. Ωστόσο, σημαντική συσχέτιση υπήρχε μεταξύ των παιδικών γεγονότων και ειδικότερα της σεξουαλικής κακοποίησης και των σύντονων με τη διάθεση ακουστικών ψευδαισθήσεων ή των

υβριστικών φωνών. Η συσχέτιση αυτή παρέμενε σημαντική ακόμα και μετά τον έλεγχο για κατάχρηση κάνναβης (Uphthegrove *et al.*, 2015). Στη μελέτη των Cakir και συν. (2016) βρέθηκε ότι το παιδικό τραύμα συνολικά και ειδικότερα η σωματική παραμέληση σχετιζόταν με την παρουσία ψυχωτικών χαρακτηριστικών (Cakir *et al.*, 2016). Στη μελέτη των Etain και συν. (2017a) βρέθηκε ότι υπήρχε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των παραληρητικών πεπιοθήσεων μετρημένων διαστατικά και της συναισθηματικής και σωματικής κακοποίησης στους ασθενείς με διπολική διαταραχή (Etain *et al.*, 2017a). Πέραν της Διπολικής Διαταραχής, το ιστορικό παιδικού τραύματος έχει σχετισθεί με εμφάνιση ψυχωτικών συμπτωμάτων (Misiak *et al.*, 2017), με μηχανισμούς που εμπλέκουν τον άξονα ΥΥΕ, τη φλεγμονή, επιγενετικές επιδράσεις και τη νευροπλαστικότητα.

Στην παρούσα έρευνα τα ψυχωτικά συμπτώματα δε συσχετίζονται με το παιδικό τραύμα. Ωστόσο ένας σημαντικός όρος αλληλεπίδρασης της ύπαρξης ψυχωτικών χαρακτηριστικών με το οικογενειακό ιστορικό για διπολική διαταραχή βρέθηκε για δύο διαστάσεις της κλίμακας CATS («Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι», «Συναισθηματική κακοποίηση») και για τη συνολική βαθμολογία CATS μόνο στους ασθενείς με Δ.Δ. Ι, αλλά όχι στο σύνολο των ασθενών. Δηλαδή, η ύπαρξη ψυχωτικών χαρακτηριστικών σχετιζόταν με υψηλότερη βαθμολογία στις προαναφερθείσες διαστάσεις στους ασθενείς με Δ.Δ. Ι χωρίς οικογενειακό ιστορικό για διπολική διαταραχή, ενώ σχετιζόταν με χαμηλότερη βαθμολογία στους ασθενείς με Δ.Δ. Ι με οικογενειακό ιστορικό για διπολική διαταραχή, υποδηλώνοντας ότι οι ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό για διπολική διαταραχή παρουσίαζαν ψυχωτικά συμπτώματα με λιγότερο παιδικό τραύμα, ενώ οι ασθενείς χωρίς οικογενειακό ιστορικό για διπολική διαταραχή παρουσίαζαν ψυχωτικά συμπτώματα με περισσότερο παιδικό τραύμα. Το αποτέλεσμα αυτό είναι ένα παράδειγμα αρνητικής αλληλεπίδρασης και όχι θετικής, που ήταν και η αναμενόμενη στη μελέτη μας, που δείχνει ότι η σχέση μεταξύ παιδικού τραύματος και οικογενειακού ιστορικού είναι συμπληρωματική και ανταγωνιστική όσον αφορά τα ψυχωτικά συμπτώματα στη Δ.Δ. Ι. Αναφερόμενοι στη θετική αλληλεπίδραση εννοούμε ότι θα έπρεπε η ύπαρξη ψυχωτικών συμπτωμάτων να σχετίζεται με υψηλότερη βαθμολογία στην CATS στους ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό για διπολική διαταραχή και με χαμηλότερη βαθμολογία στους ασθενείς χωρίς οικογενειακό ιστορικό για διπολική διαταραχή.

Αξίζει να αναφέρουμε δύο παραδείγματα θετικής αλληλεπίδρασης γονιδίων-περιβάλλοντος (G×E). Πιο συγκεκριμένα, σε έρευνα των Caspi και συν. (2003) βρέθηκε ότι άτομα με ένα ή δύο αντίγραφα s/s(short/short) του γονιδίου του μεταφορέα της σεροτονίνης (5-HTT) εμφάνισαν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα όσο εκτίθετο σε περισσότερα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής, ενώ τα άτομα με l/l (long/long) ήταν περισσότερο ανθεκτικά. Συνεπώς, αυτό εξηγεί το λόγο που ορισμένα άτομα, που βιώνουν στρεσογόνες καταστάσεις, οδηγούνται σε κατάθλιψη και άλλα όχι. Δηλαδή, η επίδραση του περιβάλλοντος εξαρτάται από τη γενετική σύνθεση (Caspi *et al.*, 2003).

Το δεύτερο παράδειγμα αναφέρεται στην αλληλεπίδραση γονιδίων-παιδικού τραύματος (G×CT). Σε έρευνα των Caspi και συν. (2002) με δείγμα αρσενικών

παιδιών που παρακολουθήθηκαν από τη γέννηση έως την ενηλικίωση και είχαν υποστεί κακοποίηση, βρέθηκε ότι ορισμένα από αυτά μεγάλωσαν αναπτύσσοντας αντικοινωνική συμπεριφορά. Πιο αναλυτικά, το γονίδιο που κωδικοποιεί το ένζυμο Μονοαμινοξειδάση Α (ΜΑΟΑ), που μεταβολίζει τις μονοαμίνες, βρέθηκε ότι επηρεάζει την εμφάνιση αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Συγκεκριμένα τα «κακοποιημένα» παιδιά με γονότυπο υψηλών επιπέδων αυτού του ενζύμου ήταν λιγότερο πιθανό να αναπτύξουν αντικοινωνική συμπεριφορά, ενώ τα παιδιά με γονότυπο του ΜΑΟΑ, που συνδεόταν με χαμηλά επίπεδα του ενζύμου, εμφάνιζαν αντικοινωνική συμπεριφορά τόσο συχνότερα όσο περισσότερη κακοποίηση είχαν υποστεί. Συνεπώς, ο γονότυπος μπορεί να επηρεάσει την «ευαισθησία» των παιδιών στις περιβαλλοντικές εκθέσεις (Caspi *et al.*, 2002).

Παραδείγματα αρνητικής αλληλεπίδρασης G×E συναντούμε στη γενετική βιβλιογραφία της μείζονας καταθλιπτικής διαταραχής, π.χ. αρνητική αλληλεπίδραση πολυγονιδιακού score κατάθλιψης και παιδικού τραύματος όσον αφορά την εκδήλωση αυτοκτονικότητας στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Mullins *et al.*, 2016).

Όπως προηγουμένως αναφέρθηκε, στην παρούσα μελέτη το παιδικό τραύμα και το οικογενειακό ιστορικό έχουν ανταγωνιστική σχέση όσον αφορά τα ψυχωτικά συμπτώματα στη Διπολική Διαταραχή Ι. Ο τροποποιητικός αυτός ρόλος του οικογενειακού ιστορικού ψυχικών διαταραχών θα μπορούσε να εξηγήσει πιθανώς τα μέχρι σήμερα αντιφατικά ευρήματα της βιβλιογραφίας ως προς τη συσχέτιση του ιστορικού παιδικού τραύματος και των ψυχωτικών συμπτωμάτων στη Διπολική Διαταραχή.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aas, M., Aminoff, S. R., Vik Lagerberg, T., Etain, B., Agartz, I., Andreassen, O. A. & Melle, I.** (2014). Affective lability in patients with bipolar disorders is associated with high levels of childhood trauma. *Psychiatry Res* **218**, 252-5.
- Aas, M., Henry, C., Andreassen, O. A., Bellivier, F., Melle, I. & Etain, B.** (2016). The role of childhood trauma in bipolar disorders. *Int J Bipolar Disord* **4**, 2.
- Agnew-Blais, J. & Danese, A.** (2016). Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* **3**, 342-9.
- American Psychiatric Association**, 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth ed. Washington DC.
- American Psychiatric Association**, 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed Arlington, VA.
- Baryshnikov, I., Joffe, G., Koivisto, M., Melartin, T., Aaltonen, K., Suominen, K., Rosenstrom, T., Naatanen, P., Karpov, B., Heikkinen, M. & Isometsa, E.** (2017). Relationships between self-reported childhood traumatic experiences, attachment style, neuroticism and features of borderline personality disorders in patients with mood disorders. *J Affect Disord* **210**, 82-89.
- Berg, A. O., Aas, M., Larsson, S., Nerhus, M., Hauff, E., Andreassen, O. A. & Melle, I.** (2015). Childhood trauma mediates the association between ethnic minority status and more severe hallucinations in psychotic disorder. *Psychol Med* **45**, 133-42.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E. & Ruggiero, J.** (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* **151**, 1132-6.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D. & Zule, W.** (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl* **27**, 169-90.
- Bortolato, B., Kohler, C. A., Evangelou, E., Leon-Caballero, J., Solmi, M., Stubbs, B., Belbasis, L., Pacchiarotti, I., Kessing, L. V., Berk, M., Vieta, E. & Carvalho, A. F.** (2017). Systematic assessment of environmental risk factors for bipolar disorder: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Bipolar Disord* **19**, 84-96.
- Bouras, G. & Lazaratou, E.** (2012). [Emergence of early childhood trauma in adult psychiatric symptomatology]. *Psychiatriki* **23 Suppl 1**, 39-48.
- Bremner, J. D., Bolus, R. & Mayer, E. A.** (2007). Psychometric properties of the Early Trauma Inventory-Self Report. *J Nerv Ment Dis* **195**, 211-8.
- Bucker, J., Kozicky, J., Torres, I. J., Kauer-Sant'anna, M., Silveira, L. E., Bond, D. J., Lam, R. W. & Yatham, L. N.** (2013). The impact of childhood trauma on cognitive functioning in patients recently recovered from a first manic episode: data from the Systematic Treatment Optimization Program for Early Mania (STOP-EM). *J Affect Disord* **148**, 424-30.

- Burton, C. Z., Ryan, K. A., Kamali, M., Marshall, D. F., Harrington, G., McInnis, M. G. & Tso, I. F.** (2018). Psychosis in bipolar disorder: Does it represent a more "severe" illness? *Bipolar Disord* **20**, 18-26.
- Cakir, S., Tasdelen Durak, R., Ozyildirim, I., Ince, E. & Sar, V.** (2016). Childhood trauma and treatment outcome in bipolar disorder. *J Trauma Dissociation* **17**, 397-409.
- Carr, C. P., Martins, C. M., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B. & Juruena, M. F.** (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *J Nerv Ment Dis* **201**, 1007-20.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., Taylor, A. & Poulton, R.** (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* **297**, 851-4.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A. & Poulton, R.** (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* **301**, 386-9.
- Daruy-Filho, L., Brietzke, E., Lafer, B. & Grassi-Oliveira, R.** (2011). Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* **124**, 427-34.
- Dell'Osso, B., Camuri, G., Cremaschi, L., Dobreá, C., Buoli, M., Ketter, T. A. & Altamura, A. C.** (2017). Lifetime presence of psychotic symptoms in bipolar disorder is associated with less favorable socio-demographic and certain clinical features. *Compr Psychiatry* **76**, 169-176.
- Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M. & Frazier, J. A.** (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harv Rev Psychiatry* **22**, 149-61.
- Etain, B., Aas, M., Andreassen, O. A., Lorentzen, S., Dieset, I., Gard, S., Kahn, J. P., Bellivier, F., Leboyer, M., Melle, I. & Henry, C.** (2013). Childhood trauma is associated with severe clinical characteristics of bipolar disorders. *J Clin Psychiatry* **74**, 991-8.
- Etain, B., Henry, C., Bellivier, F., Mathieu, F. & Leboyer, M.** (2008). Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disord* **10**, 867-76.
- Etain, B., Lajnef, M., Bellivier, F., Henry, C., M'Bailara, K., Kahn, J. P., Leboyer, M. & Fisher, H. L.** (2017a). Revisiting the association between childhood trauma and psychosis in bipolar disorder: A quasi-dimensional path-analysis. *J Psychiatr Res* **84**, 73-79.
- Etain, B., Lajnef, M., Brichant-Petitjean, C., Geoffroy, P. A., Henry, C., Gard, S., Kahn, J. P., Leboyer, M., Young, A. H. & Bellivier, F.** (2017b). Childhood trauma and mixed episodes are associated with poor response to lithium in bipolar disorders. *Acta Psychiatr Scand* **135**, 319-327.
- Etain, B., Lajnef, M., Henry, C., Aubin, V., Azorin, J. M., Bellivier, F., Bougerol, T., Courtet, P., Gard, S., Kahn, J. P., Passerieux, C., Leboyer, M., Center, F.-B. C. C., Center, F.-B. D. C., Sites, F.-B. C. & Principal Collaborators in, F.** (2017c). Childhood trauma, dimensions of psychopathology and the clinical expression of bipolar disorders: A pathway analysis. *J Psychiatr Res* **95**, 37-45.
- Garno, J. L., Gunawardane, N. & Goldberg, J. F.** (2008). Predictors of trait aggression in bipolar disorder. *Bipolar Disord* **10**, 285-92.

Hammersley, P., Dias, A., Todd, G., Bowen-Jones, K., Reilly, B. & Bentall, R. P. (2003). Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation. *Br J Psychiatry* **182**, 543-7.

Janiri, D., Sani, G., Danese, E., Simonetti, A., Ambrosi, E., Angeletti, G., Erbuto, D., Caltagirone, C., Girardi, P. & Spalletta, G. (2015). Childhood traumatic experiences of patients with bipolar disorder type I and type II. *J Affect Disord* **175**, 92-7.

Jimenez, E., Sole, B., Arias, B., Mitjans, M., Varo, C., Reinares, M., Bonnin, C. D. M., Ruiz, V., Saiz, P. A., Garcia-Portilla, M. P., Buron, P., Bobes, J., Amann, B. L., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Vieta, E. & Benabarre, A. (2017). Impact of childhood trauma on cognitive profile in bipolar disorder. *Bipolar Disord* **19**, 363-374.

Kent, A. & Waller, G. (1998). The impact of childhood emotional abuse: an extension of the Child Abuse and Trauma Scale. *Child Abuse Negl* **22**, 393-9.

Larsson, S., Aas, M., Klungsoyr, O., Agartz, I., Mork, E., Steen, N. E., Barrett, E. A., Lagerberg, T. V., Rossberg, J. I., Melle, I., Andreassen, O. A. & Lorentzen, S. (2013). Patterns of childhood adverse events are associated with clinical characteristics of bipolar disorder. *BMC Psychiatry* **13**, 97.

Levis, J Donald (2012). A Review of Childhood Abuse Questionnaires and Suggested Treatment Approaches, Sexual Abuse-Breaking the Silence, Dr Ersi Abaci Kalfođlu (Ed), In Tech.

Maka, Z. & Kafetsios, K (2006). Interpersonal Relationships, Emotions and Mental Health of Individuals in Therapeutic Programs. Annals of the 10th European Conference on rehabilitation and drug policy (pp 308-319). Heraklion:OKANA.

Maniglio, R. (2013). The impact of child sexual abuse on the course of bipolar disorder: a systematic review. *Bipolar Disord* **15**, 341-58.

Marangoni, C., Hernandez, M. & Faedda, G. L. (2016). The role of environmental exposures as risk factors for bipolar disorder: A systematic review of longitudinal studies. *J Affect Disord* **193**, 165-74.

Misiak, B., Krefft, M., Bielawski, T., Moustafa, A. A., Sasiadek, M. M. & Frydecka, D. (2017). Toward a unified theory of childhood trauma and psychosis: A comprehensive review of epidemiological, clinical, neuropsychological and biological findings. *Neurosci Biobehav Rev* **75**, 393-406.

Mullins, N., Power, R. A., Fisher, H. L., Hanscombe, K. B., Euesden, J., Iniesta, R., Levinson, D. F., Weissman, M. M., Potash, J. B., Shi, J., Uher, R., Cohen-Woods, S., Rivera, M., Jones, L., Jones, I., Craddock, N., Owen, M. J., Korszun, A., Craig, I. W., Farmer, A. E., McGuffin, P., Breen, G. & Lewis, C. M. (2016). Polygenic interactions with environmental adversity in the aetiology of major depressive disorder. *Psychol Med* **46**, 759-70.

NIMH Genetics Initiative: Family Interview for Genetic Studies Rockville: National Institute of Mental Health, 1992.

Pavlova, B., Perroud, N., Cordera, P., Uher, R., Alda, M., Dayer, A. & Aubry, J. M. (2018). Anxiety disorders and childhood maltreatment as predictors of outcome in bipolar disorder. *J Affect Disord* **225**, 337-341.

Romero, S., Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, T., Goldstein, B. I., Gill, M. K., Iosif, A. M., Strober, M. A., Hunt, J., Esposito-Smythers, C., Ryan, N. D., Leonard, H. & Keller, M. (2009). Prevalence and correlates of physical and sexual abuse in children and adolescents with bipolar disorder. *J Affect Disord* **112**, 144-50.

Russo, M., Mahon, K., Shanahan, M., Solon, C., Ramjas, E., Turpin, J. & K, E. B. (2015). The association between childhood trauma and facial emotion recognition in adults with bipolar disorder. *Psychiatry Res* **229**, 771-6.

Russo, M., Proujansky, R., Gilbert, A., Braga, R. J. & Burdick, K. E. (2014). Initial evidence for sex-specific effects of early emotional abuse on affective processing in bipolar disorder. *Eur Psychiatry* **29**, 52-7.

Sanders, B. & Becker-Lausen, E. (1995). The measurement of psychological maltreatment: early data on the Child Abuse and Trauma Scale. *Child Abuse Negl* **19**, 315-23.

Savitz, J., van der Merwe, L., Stein, D. J., Solms, M. & Ramesar, R. (2007). Genotype and childhood sexual trauma moderate neurocognitive performance: a possible role for brain-derived neurotrophic factor and apolipoprotein E variants. *Biol Psychiatry* **62**, 391-9.

Savitz, J. B., van der Merwe, L., Stein, D. J., Solms, M. & Ramesar, R. S. (2008). Neuropsychological task performance in bipolar spectrum illness: genetics, alcohol abuse, medication and childhood trauma. *Bipolar Disord* **10**, 479-94.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* **59 Suppl 20**, 22-33;quiz 34-57.

Sugaya, L., Hasin, D. S., Olfson, M., Lin, K. H., Grant, B. F. & Blanco, C. (2012). Child physical abuse and adult mental health: a national study. *J Trauma Stress* **25**, 384-92.

Thesing, C. S., Stek, M. L., van Grootheest, D. S., van de Ven, P. M., Beekman, A. T., Kupka, R. W., Comijs, H. C. & Dols, A. (2015). Childhood abuse, family history and stressors in older patients with bipolar disorder in relation to age at onset. *J Affect Disord* **184**, 249-55.

Upthegrove, R., Chard, C., Jones, L., Gordon-Smith, K., Forty, L., Jones, I. & Craddock, N. (2015). Adverse childhood events and psychosis in bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry* **206**, 191-7.

WHO World Health Organization, 2009. ICD-10: International Classification of Diseases and Related Health Problems.

ΠΙΝΑΚΕΣ – ΣΧΗΜΑΤΑ

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων

		Ομάδα				P Pearson's χ^2 test
		Ελέγχου (N=98)		Ασθενείς με διπολική διαταραχή (N=149)		
		N	%	N	%	
Φύλο	Γυναίκες	61	62,2	100	67,1	0,432
	Άντρες	37	37,8	49	32,9	
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		40,9 (12,8)		47,7 (11,9)		<0,001⁺
Εργασιακή κατάσταση	Άνεργοι	20	20,4	57	38,3	<0,001*
	Εργαζόμενοι	68	69,4	49	32,9	
	Φοιτητές/ Μαθητές	5	5,1	3	2,0	
	Συνταξιούχοι	5	5,1	40	26,8	
Επάγγελμα	Εργάτης	2	2,0	22	14,8	<0,001
	Υπάλληλος	27	27,6	42	28,2	
	Ελεύθερος επαγγελματίας	4	4,1	28	18,8	
	lower-middle	33	33,7	25	16,8	
	Upper	16	16,3	18	12,1	
	Κανένα	16	16,3	14	9,4	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμοι	36	36,7	45	30,2	<0,001*
	Έγγαμοι/ Σε συμβίωση	59	60,2	59	39,6	
	Διαζευγμένοι/ Σε διάσταση	3	3,1	39	26,2	
	Χήροι	0	0,0	6	4,0	
Έτη εκπαίδευσης, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		15,3 (3,1)	16 (13 - 18)	13,2 (3,7)	13 (12 - 16)	<0,001⁺⁺

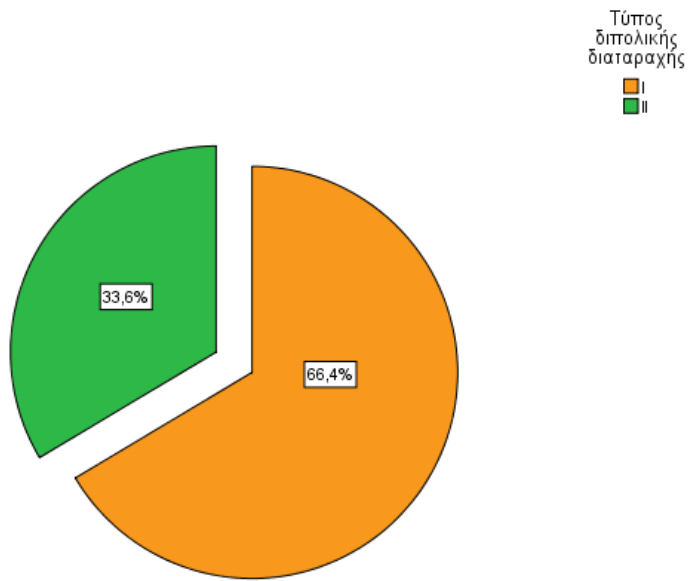
*Fisher's exact test ⁺Student's t-test ⁺⁺Mann-Whitney test

Πίνακας 2. Κλινικά χαρακτηριστικά των ατόμων με διπολική διαταραχή

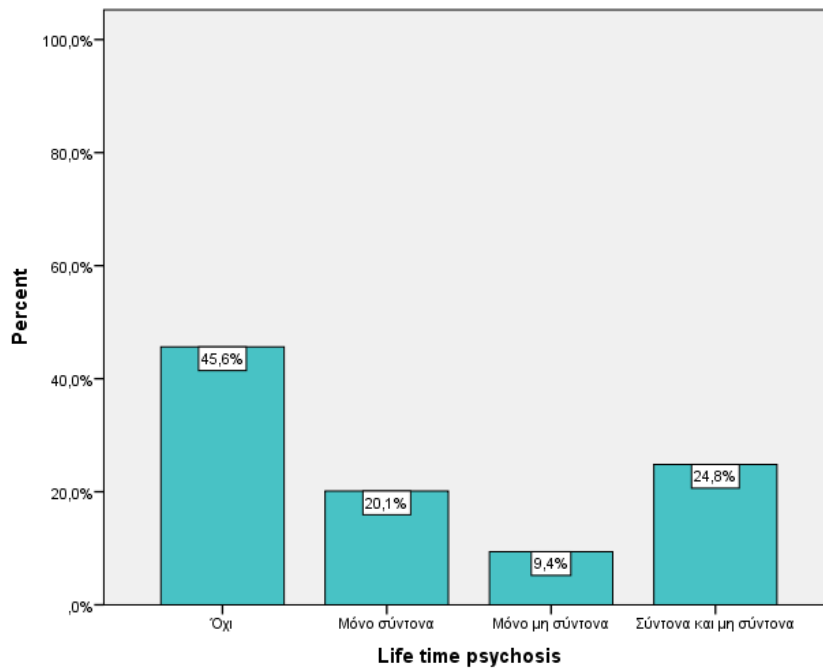
		N	%
Τύπος διπολικής διαταραχής	I	99	66,4
	II	50	33,6
Ηλικία κατά τη διάγνωση, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		30,6 (11,2)	28 (23 - 37)
Αριθμός νοσηλειών, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		3,3 (3,7)	2 (1 - 4)
Ψυχωσικά χαρακτηριστικά δια βίου	Όχι	68	45,6
	Μόνο σύντονα	30	20,1
	Μόνο μη σύντονα	14	9,4
	Σύντονα και μη σύντονα	37	24,8
FDR- depression	Όχι	105	70,5
	Ναι	44	29,5
FDR- bipolar	Όχι	119	79,9
	Ναι	30	20,1
FDR- schizophrenia	Όχι	134	89,9
	Ναι	15	10,1

FDR: θετικό οικογενειακό ιστορικό στους πρώτου βαθμού συγγενείς για κατάθλιψη (depression), διπολική διαταραχή (bipolar disorder), σχιζοφρένεια (schizophrenia)

Γράφημα 1. Τύπος Διπολικής Διαταραχής



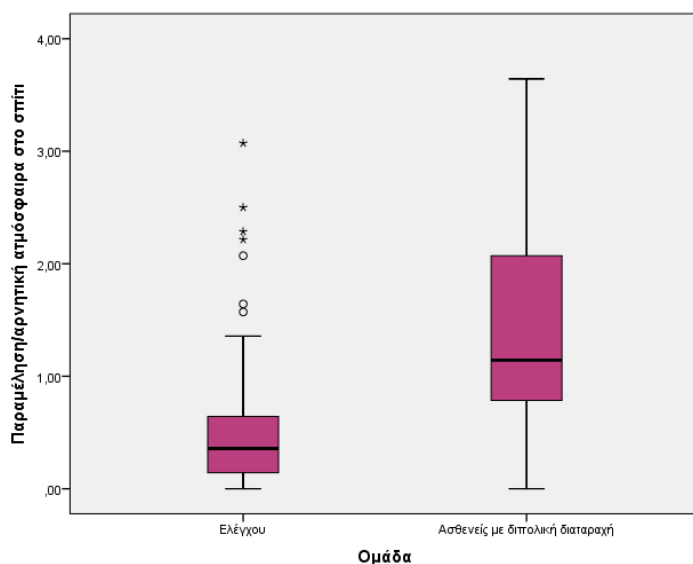
Γράφημα 2. Είδη ψυχωτικών χαρακτηριστικών των ασθενών



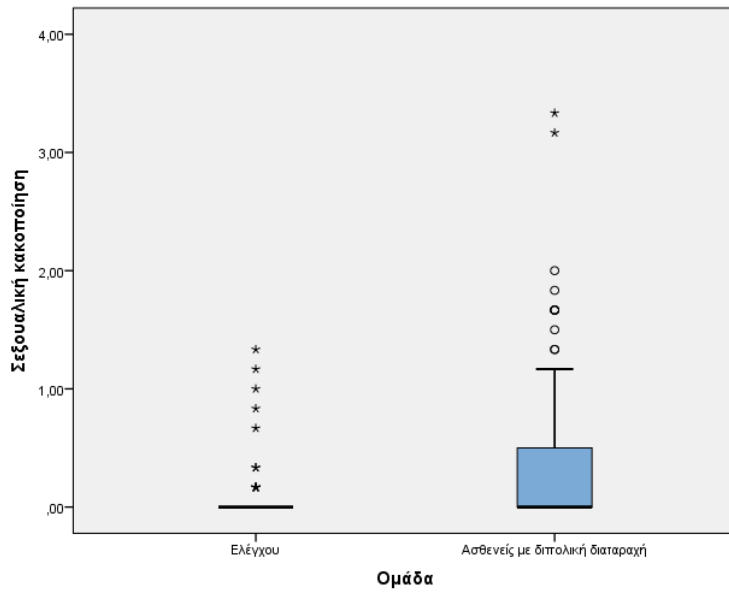
Πίνακας 3. Οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας CATS ανάλογα με το αν είχαν διπολική διαταραχή ή όχι

	Ομάδα				P Mann-Whitney test
	Ελέγχου (N=98)		Ασθενείς με διπολική διαταραχή (N=149)		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι	0,55 (0,59)	0,36 (0,14 - 0,64)	1,39 (0,89)	1,14 (0,79 - 2,07)	<0,001
Σεξουαλική κακοποίηση	0,07 (0,23)	0 (0 - 0)	0,34 (0,57)	0 (0 - 0,5)	<0,001
Τιμωρία	1,28 (0,61)	1,33 (0,83 - 1,67)	1,82 (0,81)	1,83 (1,33 - 2,33)	<0,001
Συναισθηματική κακοποίηση	0,63 (0,61)	0,43 (0,29 - 0,86)	1,3 (1,06)	0,86 (0,43 - 2)	<0,001
Συνολική βαθμολογία CATS	0,58 (0,44)	0,49 (0,34 - 0,71)	1,22 (0,73)	1 (0,63 - 1,68)	<0,001

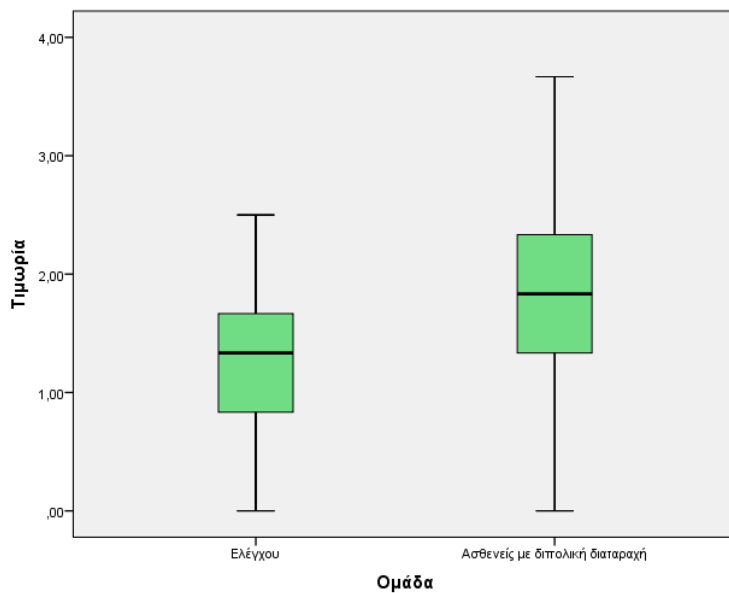
Γράφημα 3. Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι» ανάλογα με το αν είχαν διπολική διαταραχή ή όχι



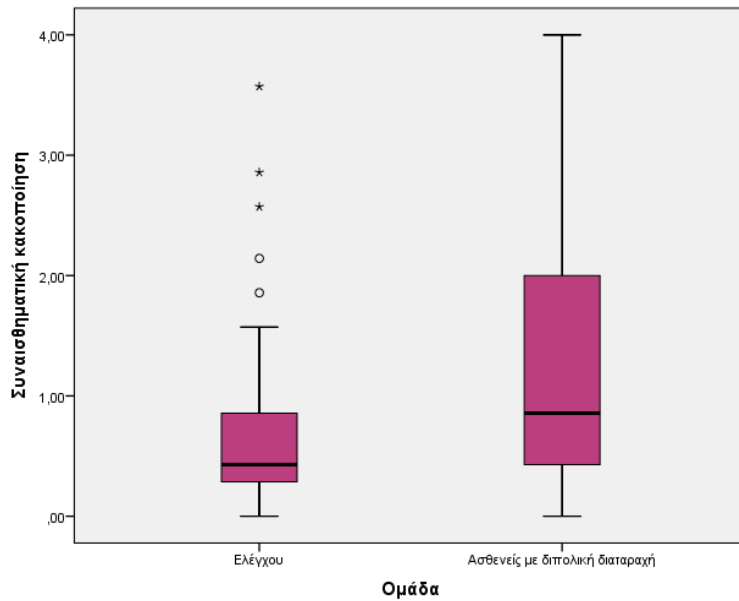
Γράφημα 4. Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Σεξουαλική κακοποίηση» ανάλογα με το αν είχαν διπολική διαταραχή ή όχι.



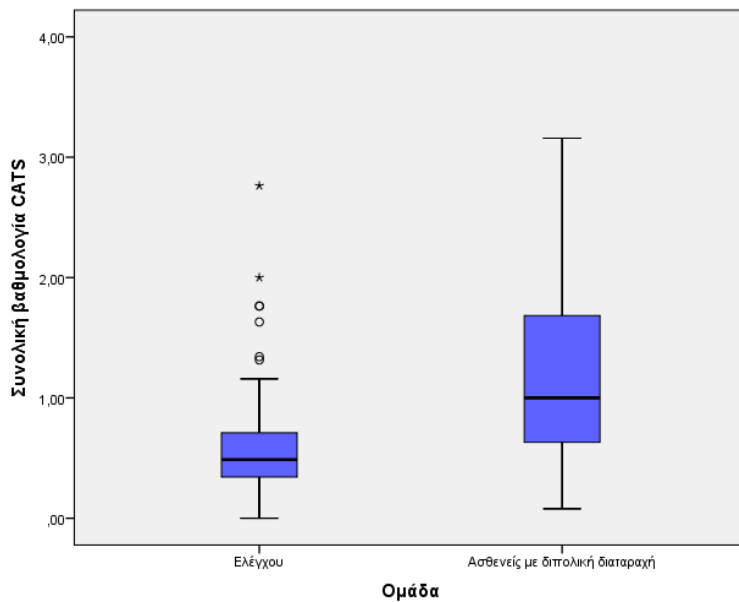
Γράφημα 5. Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Τιμωρία» ανάλογα με το αν είχαν διπολική διαταραχή ή όχι.



Γράφημα 6. Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Συναισθηματική κακοποίηση» ανάλογα με το αν είχαν διπολική διαταραχή ή όχι.



Γράφημα 7. Η συνολική βαθμολογία CATS των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν είχαν διπολική διαταραχή ή όχι.



Πίνακας 4. Οι συντελεστές εξάρτησης που αφορούν στην ύπαρξη ή μη διπολικής διαταραχής λαμβάνοντας υπόψη το φύλο, την ηλικία, την εργασιακή και οικογενειακή κατάσταση και τα έτη εκπαίδευσης.

		β+	SE++	P
Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι				
Ομάδα	Ελέγχου (αναφ.)			
	Ασθενείς με διπολική διαταραχή	0,18	0,02	<0,001
Σεξουαλική κακοποίηση				
Ομάδα	Ελέγχου (αναφ.)			
	Ασθενείς με διπολική διαταραχή	0,07	0,02	<0,001
Τιμωρία				
Ομάδα	Ελέγχου (αναφ.)			
	Ασθενείς με διπολική διαταραχή	0,08	0,02	<0,001
Συναισθηματική κακοποίηση				
Ομάδα	Ελέγχου (αναφ.)			
	Ασθενείς με διπολική διαταραχή	0,14	0,03	<0,001
Συνολική βαθμολογία CATS				
Ομάδα	Ελέγχου (αναφ.)			
	Ασθενείς με διπολική διαταραχή	0,13	0,02	<0,001

⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα συντελεστή

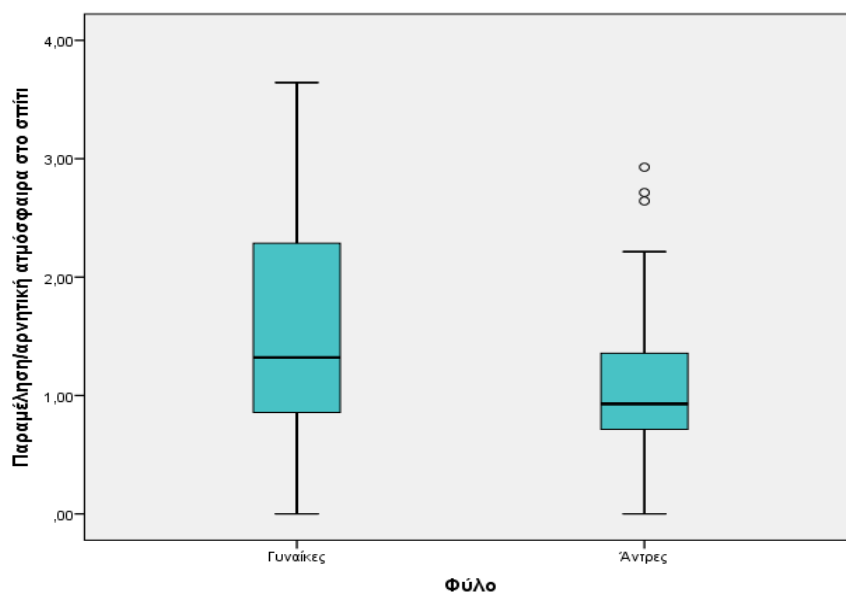
Πίνακας 5. Η βαθμολογία των συμμετεχόντων με διπολική διαταραχή στη διάσταση «Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι» ανάλογα με δημογραφικά τους στοιχεία και με κλινικά τους χαρακτηριστικά.

		Παραμέληση/ αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Τύπος διπολικής διαταραχής	I	1,42 (0,91)	1,29 (0,71 - 2,07)	0,445
	II	1,32 (0,85)	1,04 (0,79 - 1,71)	
Φύλο	Γυναίκες	1,54 (0,94)	1,32 (0,86 - 2,29)	0,002
	Άντρες	1,07 (0,7)	0,93 (0,71 - 1,36)	
Εργασιακή κατάσταση	Άνεργοι/ Φοιτητές/ Μαθητές	1,59 (0,92)	1,25 (0,93 - 2,25)	0,067*
	Εργαζόμενοι	1,27 (0,86)	1,14 (0,57 - 1,86)	
	Συνταξιούχοι	1,23 (0,85)	0,96 (0,68 - 1,61)	
Έγγαμοι	Όχι	1,36 (0,9)	1,14 (0,79 - 2)	0,494
	Ναι	1,44 (0,89)	1,29 (0,79 - 2,07)	
Ψυχωσικά χαρακτηριστικά δια βίου	Όχι	1,41 (0,92)	1,11 (0,79 - 2,07)	0,254*
	Μόνο σύντονα	1,12 (0,75)	1 (0,5 - 1,71)	
	Μόνο μη σύντονα	1,47 (0,88)	1,29 (0,79 - 2,29)	
	Σύντονα και μη σύντονα	1,53 (0,94)	1,36 (0,93 - 2,14)	
FDR- depression	Όχι	1,31 (0,89)	1,07 (0,71 - 2)	0,058
	Ναι	1,58 (0,88)	1,39 (0,86 - 2,18)	
FDR- bipolar	Όχι	1,36 (0,9)	1,14 (0,71 - 2)	0,238
	Ναι	1,52 (0,87)	1,32 (1 - 2,07)	
FDR- schizophrenia	Όχι	1,4 (0,87)	1,21 (0,79 - 2,07)	0,451
	Ναι	1,26 (1,07)	1,14 (0,43 - 2,07)	

*Kruskal-Wallis test

FDR: θετικό οικογενειακό ιστορικό στους πρώτου βαθμού συγγενείς για κατάθλιψη (depression), διπολική διαταραχή (bipolar disorder), σχιζοφρένεια (schizophrenia)

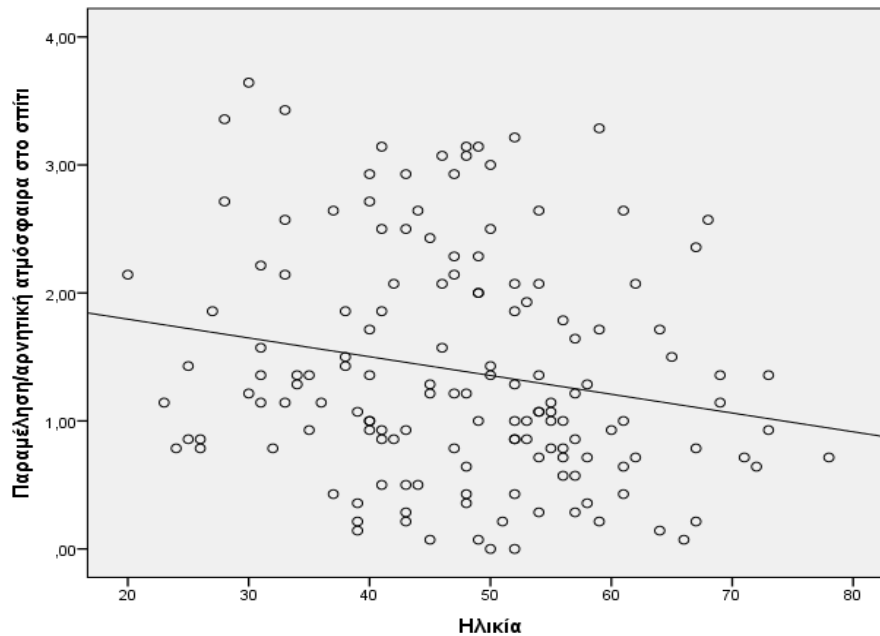
Γράφημα 8. Η βαθμολογία των συμμετεχόντων με διπολική διαταραχή στη διάσταση «Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι» ανάλογα με το φύλο τους.



Πίνακας 6. Οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman της βαθμολογίας στη διάσταση «Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι» με την ηλικία των συμμετεχόντων, τα έτη εκπαίδευσης, την ηλικία κατά τη διάγνωση και των αριθμό νοσηλειών στους συμμετέχοντες με διπολική διαταραχή.

		Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι
Ηλικία	r	-0,21
	P	0,009
Έτη εκπαίδευσης	r	-0,08
	P	0,353
Ηλικία κατά τη διάγνωση	r	-0,18
	P	0,027
Αριθμός νοσηλειών	r	0,06
	P	0,433

Γράφημα 9. Η συσχέτιση της ηλικίας των συμμετεχόντων με διπολική διαταραχή με τη βαθμολογία τους στη διάσταση «Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι».



Πίνακας 7. Αποτελέσματα stepwise regression για τη διάσταση «Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι» στους συμμετέχοντες με διπολική διαταραχή.

		β^+	SE ⁺⁺	P
Φύλο	Γυναίκες (αναφ.)			
	Άντρες	-0,083	0,027	0,003
Ηλικία		-0,003	0,001	0,011

⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα

Πίνακας 8. Η βαθμολογία των συμμετεχόντων με διπολική διαταραχή στη διάσταση «Σεξουαλική κακοποίηση» ανάλογα με δημογραφικά τους στοιχεία και με κλινικά τους χαρακτηριστικά.

		Σεξουαλική κακοποίηση		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Τύπος διπολικής διαταραχής	I	0,33 (0,54)	0 (0 - 0,5)	0,939
	II	0,36 (0,63)	0 (0 - 0,5)	
Φύλο	Γυναίκες	0,37 (0,58)	0 (0 - 0,67)	0,459
	Άντρες	0,27 (0,54)	0 (0 - 0,33)	
Εργασιακή κατάσταση	Άνεργοι/ Φοιτητές/ Μαθητές	0,41 (0,62)	0,17 (0 - 0,67)	0,191*
	Εργαζόμενοι	0,26 (0,42)	0 (0 - 0,33)	
	Συνταξιούχοι	0,33 (0,63)	0 (0 - 0,33)	
Έγγαμοι	Όχι	0,36 (0,57)	0 (0 - 0,5)	0,415
	Ναι	0,31 (0,56)	0 (0 - 0,5)	
Ψυχωσικά χαρακτηριστικά δια βίου	Όχι	0,36 (0,59)	0 (0 - 0,5)	0,918*
	Μόνο σύντονα	0,25 (0,41)	0 (0 - 0,33)	
	Μόνο μη σύντονα	0,24 (0,3)	0,08 (0 - 0,5)	
	Σύντονα και μη σύντονα	0,42 (0,69)	0 (0 - 0,67)	
FDR- depression	Όχι	0,33 (0,57)	0 (0 - 0,33)	0,569
	Ναι	0,35 (0,57)	0,08 (0 - 0,5)	
FDR- bipolar	Όχι	0,37 (0,61)	0 (0 - 0,5)	0,303
	Ναι	0,23 (0,36)	0 (0 - 0,33)	
FDR- schizophrenia	Όχι	0,34 (0,57)	0 (0 - 0,5)	0,486
	Ναι	0,3 (0,54)	0 (0 - 0,67)	

*Kruskal-Wallis test

FDR: θετικό οικογενειακό ιστορικό στους πρώτου βαθμού συγγενείς για κατάθλιψη (depression), διπολική διαταραχή (bipolar disorder), σχιζοφρένεια (schizophrenia)

Πίνακας 9. Οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman της βαθμολογίας στη διάσταση «Σεξουαλική κακοποίηση» με την ηλικία των συμμετεχόντων, τα έτη εκπαίδευσης, την ηλικία κατά τη διάγνωση και των αριθμό νοσηλειών στους συμμετέχοντες με διπολική διαταραχή.

		Σεξουαλική κακοποίηση
Ηλικία	r	0,01
	p	0,907
Έτη εκπαίδευσης	r	-0,13
	p	0,118
Ηλικία κατά τη διάγνωση	r	-0,14
	p	0,095
Αριθμός νοσηλειών	r	0,04
	p	0,656

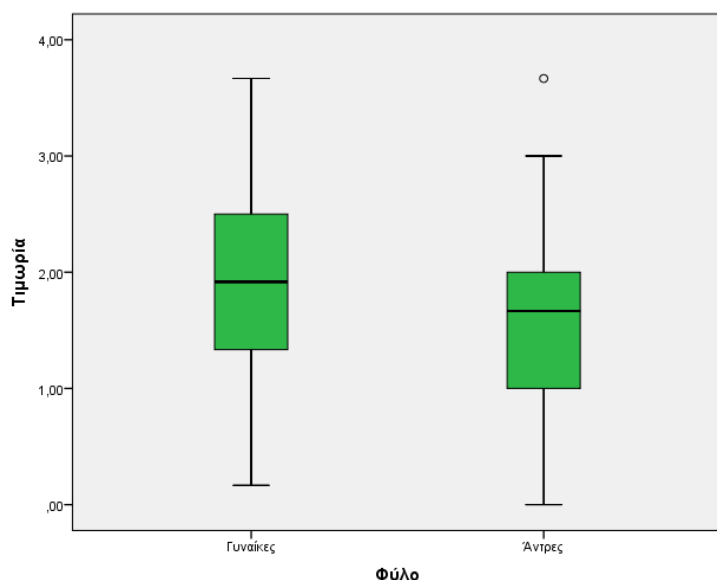
Πίνακας 10. Η βαθμολογία των συμμετεχόντων με διπολική διαταραχή στη διάσταση «Τιμωρία» ανάλογα με δημογραφικά τους στοιχεία και με κλινικά τους χαρακτηριστικά.

		Τιμωρία		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Τύπος διπολικής διαταραχής	I	1,82 (0,82)	1,83 (1,33 - 2,33)	0,953
	II	1,81 (0,8)	1,75 (1,33 - 2,17)	
Φύλο	Γυναίκες	1,94 (0,81)	1,92 (1,33 - 2,5)	0,016
	Άντρες	1,57 (0,77)	1,67 (1 - 2)	
Εργασιακή κατάσταση	Άνεργοι/ Φοιτητές/ Μαθητές	1,91 (0,78)	2 (1,33 - 2,5)	0,088*
	Εργαζόμενοι	1,66 (0,79)	1,67 (1,17 - 2,17)	
	Συνταξιούχοι	1,88 (0,88)	1,83 (1,33 - 2,42)	
Έγγαμοι	Όχι	1,75 (0,81)	1,67 (1,33 - 2,33)	0,303
	Ναι	1,92 (0,81)	1,83 (1,33 - 2,33)	
Ψυχωσικά χαρακτηριστικά δια βίου	Όχι	1,74 (0,82)	1,75 (1,17 - 2,25)	0,687*
	Μόνο σύντονα	1,76 (0,74)	1,83 (1,33 - 2,17)	
	Μόνο μη σύντονα	1,93 (1,15)	1,83 (1,17 - 2,83)	
	Σύντονα και μη σύντονα	1,96 (0,71)	1,83 (1,33 - 2,33)	
FDR- depression	Όχι	1,78 (0,8)	1,83 (1,33 - 2,17)	0,562
	Ναι	1,91 (0,84)	1,83 (1,25 - 2,67)	
FDR- bipolar	Όχι	1,83 (0,85)	1,83 (1,33 - 2,33)	0,736
	Ναι	1,77 (0,63)	1,67 (1,33 - 2,17)	
FDR- schizophrenia	Όχι	1,84 (0,8)	1,83 (1,33 - 2,33)	0,298
	Ναι	1,63 (0,93)	1,33 (1,17 - 2,17)	

*Kruskal-Wallis test

FDR: θετικό οικογενειακό ιστορικό στους πρώτου βαθμού συγγενείς για κατάθλιψη (depression), διπολική διαταραχή (bipolar disorder), σχιζοφρένεια (schizophrenia)

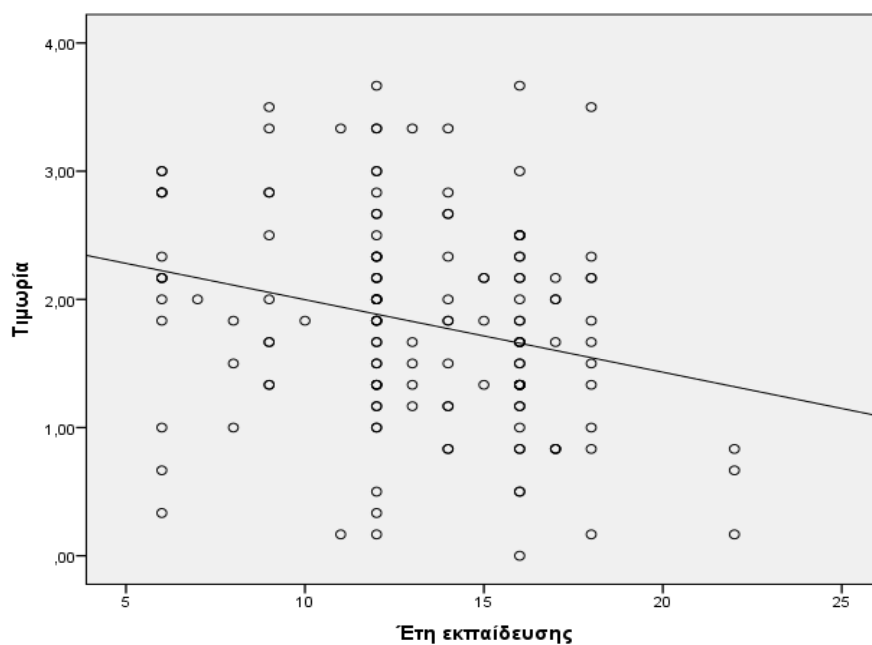
Γράφημα 10. Η βαθμολογία των συμμετεχόντων με διπολική διαταραχή στη διάσταση «Τιμωρία» ανάλογα με το φύλο τους.



Πίνακας 11. Οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman της βαθμολογίας στη διάσταση «Τιμωρία» με την ηλικία των συμμετεχόντων, τα έτη εκπαίδευσης, την ηλικία κατά τη διάγνωση και των αριθμό νοσηλειών στους συμμετέχοντες με διπολική διαταραχή.

		Τιμωρία
Ηλικία	r	0,07
	p	0,425
Έτη εκπαίδευσης	r	-0,25
	p	0,002
Ηλικία κατά τη διάγνωση	r	-0,06
	p	0,463
Αριθμός νοσηλειών	r	0,09
	p	0,252

Γράφημα 11. Η συσχέτιση της εκπαίδευσης των συμμετεχόντων με διπολική διαταραχή με τη βαθμολογία τους στη διάσταση «Τιμωρία».



Πίνακας 12. Αποτελέσματα stepwise regression για τη βαθμολογία στη διάσταση «Τιμωρία» στους συμμετέχοντες με διπολική διαταραχή.

	β^+	SE ⁺⁺	P
Έτη εκπαίδευσης	-0,009	0,003	0,002

⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα

Πίνακας 13. Η βαθμολογία των συμμετεχόντων με διπολική διαταραχή στη διάσταση «Συναισθηματική κακοποίηση» ανάλογα με δημογραφικά τους στοιχεία και με κλινικά τους χαρακτηριστικά.

		Συναισθηματική κακοποίηση		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Τύπος διπολικής διαταραχής	I	1,35 (1,08)	0,86 (0,57 - 2,14)	0,244
	II	1,18 (1,03)	0,71 (0,29 - 1,86)	
Φύλο	Γυναίκες	1,42 (1,11)	1,14 (0,5 - 2,43)	0,066
	Άντρες	1,04 (0,91)	0,71 (0,43 - 1,43)	
Εργασιακή κατάσταση	Άνεργοι/ Φοιτητές/ Μαθητές	1,53 (1,18)	0,93 (0,57 - 2,57)	0,125*
	Εργαζόμενοι	1,13 (0,95)	0,86 (0,43 - 1,57)	
	Συνταξιούχοι	1,15 (0,97)	0,79 (0,43 - 1,64)	
Έγγαμοι	Όχι	1,22 (1,05)	0,86 (0,43 - 1,86)	0,236
	Ναι	1,41 (1,09)	1 (0,57 - 2,14)	
Ψυχωσικά χαρακτηριστικά δια βίου	Όχι	1,24 (1,08)	0,86 (0,36 - 1,93)	0,214*
	Μόνο σύντονα	1,05 (0,92)	0,79 (0,43 - 1,71)	
	Μόνο μη σύντονα	1,46 (1,15)	1,14 (0,57 - 2,57)	
	Σύντονα και μη σύντονα	1,53 (1,08)	1,14 (0,71 - 2,57)	
FDR- depression	Όχι	1,23 (1,02)	0,86 (0,43 - 1,86)	0,318
	Ναι	1,46 (1,15)	1,07 (0,57 - 2,57)	
FDR- bipolar	Όχι	1,34 (1,07)	0,86 (0,43 - 2)	0,260
	Ναι	1,14 (1,05)	0,71 (0,43 - 1,71)	
FDR- schizophrenia	Όχι	1,32 (1,07)	0,86 (0,43 - 2)	0,552
	Ναι	1,12 (0,99)	0,86 (0,29 - 2,14)	

*Kruskal-Wallis test

FDR: θετικό οικογενειακό ιστορικό στους πρώτου βαθμού συγγενείς για κατάθλιψη (depression), διπολική διαταραχή (bipolar disorder), σχιζοφρένεια (schizophrenia)

Πίνακας 14. Οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman της βαθμολογίας στη διάσταση «Συναισθηματική κακοποίηση» με την ηλικία των συμμετεχόντων, τα έτη εκπαίδευσης, την ηλικία κατά τη διάγνωση και των αριθμό νοσηλειών στους συμμετέχοντες με διπολική διαταραχή.

		Συναισθηματική κακοποίηση
Ηλικία	r	-0,10
	p	0,247
Έτη εκπαίδευσης	r	-0,03
	p	0,708
Ηλικία κατά τη διάγνωση	r	-0,09
	p	0,299
Αριθμός νοσηλειών	r	0,11
	p	0,165

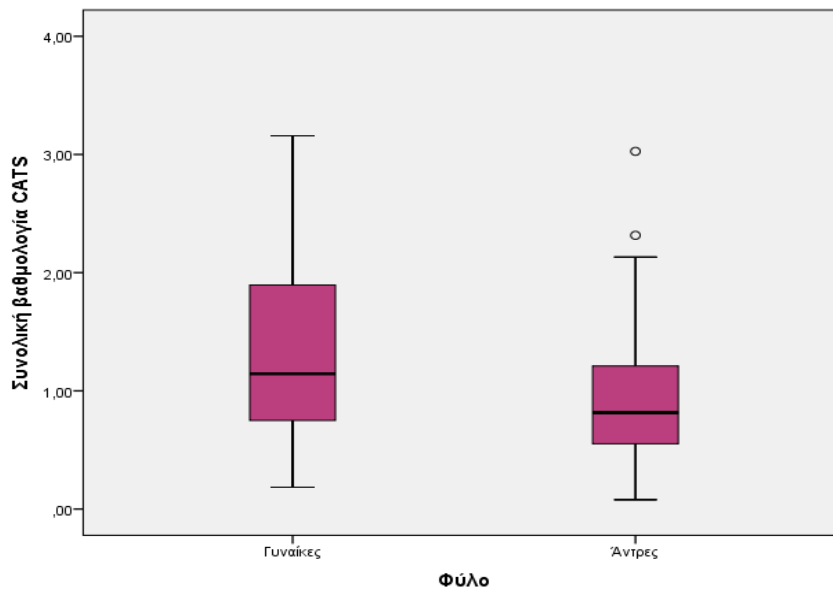
Πίνακας 15. Η συνολική βαθμολογία CATS των συμμετεχόντων με διπολική διαταραχή ανάλογα με δημογραφικά τους στοιχεία και με κλινικά τους χαρακτηριστικά.

		Συνολική βαθμολογία CATS		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Τύπος διπολικής διαταραχής	I	1,24 (0,75)	1,03 (0,63 - 1,84)	0,716
	II	1,18 (0,71)	0,92 (0,61 - 1,53)	
Φύλο	Γυναίκες	1,34 (0,77)	1,14 (0,75 - 1,89)	0,005
	Άντρες	0,98 (0,6)	0,82 (0,55 - 1,21)	
Εργασιακή κατάσταση	Άνεργοι/ Φοιτητές/ Μαθητές	1,39 (0,78)	1,17 (0,78 - 2)	0,040*
	Εργαζόμενοι	1,09 (0,71)	0,95 (0,55 - 1,45)	
	Συνταξιούχοι	1,13 (0,66)	0,99 (0,64 - 1,58)	
Έγγαμοι	Όχι	1,19 (0,75)	0,96 (0,58 - 1,76)	0,374
	Ναι	1,27 (0,71)	1,11 (0,74 - 1,66)	
Ψυχωσικά χαρακτηριστικά δια βίου	Όχι	1,21 (0,72)	0,96 (0,61 - 1,64)	0,210*
	Μόνο σύντονα	1,01 (0,62)	0,93 (0,5 - 1,24)	
	Μόνο μη σύντονα	1,29 (0,8)	1,09 (0,74 - 1,95)	
	Σύντονα και μη σύντονα	1,4 (0,8)	1,11 (0,82 - 1,79)	
FDR-depression	Όχι	1,16 (0,73)	0,95 (0,58 - 1,63)	0,101
	Ναι	1,36 (0,74)	1,21 (0,78 - 1,99)	
FDR- bipolar	Όχι	1,23 (0,76)	1 (0,61 - 1,68)	0,791
	Ναι	1,2 (0,62)	1,07 (0,82 - 1,74)	
FDR-schizophrenia	Όχι	1,24 (0,72)	1,03 (0,63 - 1,76)	0,380
	Ναι	1,09 (0,83)	0,89 (0,37 - 1,37)	

*Kruskal-Wallis test

FDR: θετικό οικογενειακό ιστορικό στους πρώτου βαθμού συγγενείς για κατάθλιψη (depression), διπολική διαταραχή (bipolar disorder), σχιζοφρένεια (schizophrenia)

Γράφημα 12. Η συνολική βαθμολογία CATS των συμμετεχόντων με διπολική διαταραχή ανάλογα με το φύλο.



Πίνακας 16. Οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman της συνολικής βαθμολογίας CATS με την ηλικία των συμμετεχόντων, τα έτη εκπαίδευσης, την ηλικία κατά τη διάγνωση και των αριθμό νοσηλειών στους συμμετέχοντες με διπολική διαταραχή.

		Συνολική βαθμολογία CATS
Ηλικία	r	-0,09
	p	0,254
Έτη εκπαίδευσης	r	-0,14
	p	0,093
Ηλικία κατά τη διάγνωση	r	-0,13
	p	0,103
Αριθμός νοσηλειών	r	0,10
	p	0,234

Πίνακας 17. Το φύλο και η εργασιακή κατάσταση βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη συνολική βαθμολογία CATS με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) και με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών.

		β^+	SE ⁺⁺	P
Φύλο	Άντρες (αναφ.)			
	Γυναίκες	0,069	0,023	0,003
Εργασιακή κατάσταση	Άνεργοι/ Φοιτητές/ Μαθητές (αναφ.)			
	Εργαζόμενοι	-0,060	0,026	0,021
	Συνταξιούχοι	-0,050	0,027	0,068

⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα

Πίνακας 18. Τα χαρακτηριστικά του δείγματος και για τις δύο ομάδες: μάρτυρες και ασθενείς με ΔΔ-I

	ΜΑΡΤΥΡΕΣ	ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	P
	(N=98)	ΤΥΠΟΥ I (N=99)	
	N (%)	N (%)	
Φύλο			
Γυναίκες	61 (62.2)	61 (61.6)	0.928 ⁺
Άνδρες	37 (37.8)	38 (38.4)	
Ηλικία, Μέση τιμή (SD)	40.9 (12.8)	45.7 (12.1)	0.008⁺⁺
Εργασιακή κατάσταση			
Άνεργοι/ Φοιητές	25 (25.5)	41 (41.4)	<0.001⁺
Εργαζόμενοι	68 (69.4)	33 (33.3)	
Συνταξιούχοι	5 (5.1)	25 (25.3)	
Έγγαμοι			
Όχι	39 (39.8)	64 (64.6)	<0.001⁺
Ναι	59 (60.2)	35 (35.4)	
Έτη εκπαίδευσης, Μέση τιμή (SD)	15.3 (3.1)	13.3 (3.6)	<0.001⁺⁺

⁺Pearson's chi-square test ⁺⁺Student's t-test

Πίνακας 19. Τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών με Διπολική Διαταραχή τύπου I

	N (%)
Ηλικία κατά τη διάγνωση, μέση τιμή (SD)	28.4 (10.2)
Αριθμός νοσηλειών, διάμεσος (IQR)	3 (1 - 4)
Ψυχωσικά χαρακτηριστικά δια βίου	
Όχι	27 (27.3)
Ναι	72 (72.7)
Εάν ναι, προσδιόρισε:	
Μόνο σύντονα	24 (24.2)
Μόνο μη σύντονα	13 (13.1)
Σύντονα και μη σύντονα	35 (35.4)
FDR- depression	26 (26.3)
FDR- bipolar	22 (22.2)
FDR- schizophrenia	11 (11.1)

FDR: θετικό οικογενειακό ιστορικό στους πρώτου βαθμού συγγενείς για κατάθλιψη (depression), διπολική διαταραχή (bipolar disorder), σχιζοφρένεια (schizophrenia)

Πίνακας 20. Σύγκριση των διαστάσεων της κλίμακας CATS και της συνολικής βαθμολογίας CATS ανάμεσα στους μάρτυρες και τους ασθενείς με ΔΔ-I

	Μάρτυρες (N=98)		Διπολική Διαταραχή τύπου I (N=99)		β (SE) ⁺	P
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (IQR)	Μέση Τιμή (SD)	Διάμεσος (IQR)		
Παραμέληση	0.55 (0.59)	0.36 (0.14 – 0.64)	1.42 (0.91)	1.29 (0.71 – 2.07)	0.19 (0.03)	<0.001
Σεξ. κακοποίηση	0.07 (0.23)	0.00 (0.00 – 0.00)	0.33 (0.54)	0.00 (0.00 – 0.50)	0.07 (0.07)	<0.001
Τιμωρία	1.28 (0.61)	1.33 (0.83 – 1.67)	1.82 (0.82)	1.83 (1.33 – 2.33)	0.08 (0.02)	<0.001
Συναισθ. κακοποίηση	0.63 (0.61)	0.43 (0.29 – 0.86)	1.35 (1.08)	0.86 (0.57 – 2.14)	0.15 (0.03)	<0.001
Συν. CATS σκορ	0.58 (0.44)	0.49 (0.34 – 0.71)	1.24 (0.75)	1.03 (0.63 – 1.84)	0.14 (0.02)	<0.001

⁺regression coefficients (Standard Error) adjusted for sex, age, working status, marital status and years of education using logarithmic transformations

Πίνακας 21. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης στις διαστάσεις «Παραμέληση/αρνητική ατμόσφαιρα στο σπίτι» και «Σεξουαλική κακοποίηση» και στη συνολική βαθμολογία CATS στους ασθενείς με Διπολική Διαταραχή τύπου I

	Συν. CATS σκορ		Παραμέληση		Σεξ. κακοποίηση	
	β(SE) [†]	p	β(SE) [†]	p	β(SE) [†]	p
Φύλο (γυναίκες έναντι ανδρών)	0.05(0.03)	0.069	0.07(0.03)	0.041	0.03(0.03)	0.398
Ηλικία (έτη)	-0.002(0.002)	0.329	-0.004(0.002)	0.022	0.001(0.002)	0.792
Εργασιακή κατάσταση						
Ανεργοί/Φοιτητές, αναφ.						
Εργαζόμενοι	-0.07(0.03)	0.038	-0.09(0.04)	0.020	-0.04(0.04)	0.319
Συνταξιούχοι	-0.08(0.04)	0.066	-0.07(0.05)	0.166	-0.01(0.04)	0.763
Έγγαμοι						
Όχι, αναφ.						
Ναι	0.03(0.03)	0.273	0.07(0.04)	0.060	-0.01(0.03)	0.780
Έτη εκπαίδευσης	-0.002(0.01)	0.611	-0.001(0.01)	0.810	-0.002(0.01)	0.714
FDR- depression	0.01(0.03)	0.715	0.02(0.04)	0.553	-0.02(0.04)	0.651
FDR- schizophrenia	-0.03(0.04)	0.545	-0.03(0.05)	0.571	-0.04(0.05)	0.402
FDR- bipolar	0.22(0.07)	0.002	0.29(0.08)	<0.001	0.02(0.08)	0.838
Δια βίου Ψυχωσικά Χαρακτηριστικά	0.06(0.03)	0.049	0.06(0.04)	0.135	-0.01(0.04)	0.789
Όρος αλληλεπίδρασης FDR- bipolar με δια βίου Ψυχωσικά Χαρακτηριστικά	-0.26(0.08)	0.002	-0.30(0.09)	0.001	-0.06(0.09)	0.521

[†]regression coefficient (Standard Error)

FDR: θετικό οικογενειακό ιστορικό στους πρώτου βαθμού συγγενείς για κατάθλιψη (depression), διπολική διαταραχή (bipolar disorder), σχιζοφρένεια (schizophrenia)

Πίνακας 22. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης στις διαστάσεις «Τιμωρία» και «Συναισθηματική κακοποίηση» στους ασθενείς με Διπολική Διαταραχή τύπου I

	Τιμωρία		Συναισθ. κακοποίηση	
	β(SE) [†]	p	β(SE) [†]	p
Φύλο (γυναίκες έναντι ανδρών)	0.02(0.03)	0.420	0.07(0.04)	0.093
Ηλικία (έτη)	0.001(0.002)	0.513	0.001(0.002)	0.644
Εργασιακή κατάσταση				
Άνεργοι/Φοιτητές, αναφ.				
Εργαζόμενοι	-0.04(0.03)	0.243	-0.10(0.05)	0.050
Συνταξιούχοι	-0.09(0.04)	0.040	-0.11(0.06)	0.059
Έγγαμοι				
Όχι, αναφ.				
Ναι	0.01(0.03)	0.806	0.06(0.04)	0.163
Έτη εκπαίδευσης	-0.01(0.01)	0.027	0.007(0.01)	0.258
FDR- depression	-0.01(0.03)	0.784	0.02(0.05)	0.665
FDR- schizophrenia	-0.07(0.04)	0.143	-0.004(0.06)	0.951
FDR- bipolar	0.12(0.07)	0.088	0.34(0.1)	0.001
Δια βίου Ψυχωτικά Χαρακτηριστικά	0.08(0.03)	0.025	0.09(0.04)	0.047
Όρος αλληλεπίδρασης FDR- bipolar με δια βίου Ψυχωτικά Χαρακτηριστικά	-0.16(0.08)	0.050	-0.43(0.11)	<0.001

[†] regression coefficient (Standard Error)

FDR: θετικό οικογενειακό ιστορικό στους πρώτου βαθμού συγγενείς για κατάθλιψη (depression), διπολική διαταραχή (bipolar disorder), σχιζοφρένεια (schizophrenia)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΜΑΡΤΥΡΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΦΥΛΟ

ΗΛΙΚΙΑ

ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ (ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΟ)

- ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**
- άγαμος
 - έγγαμος/ συγκατοικών
 - σε διάσταση/ διαζευγμένος
 - χήρος

- ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ**
- άνεργος
 - εργαζόμενος
 - νοικοκυρά
 - φοιτητής
 - συνταξιούχος

ΑΡΙΘΜΟΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

- ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ**
- εργάτης
 - υπάλληλος γραφείου ή καταστήματος

- αυτοαπασχολούμενος (ιδιοκτήτης καταστήματος, τεχνίτης, αγρότης)
- κατώτερο-μεσαίο διοικητικό στέλεχος- ενδιάμεσα επαγγέλματα (δάσκαλος, νοσοκόμα, κ.ά.)
- ελεύθερος επαγγελματίας (γιατρός, δικηγόρος)- επιστήμονας- ανώτερο διοικητικό στέλεχος,
- ανεπάγγελτος, φοιτητής ή νοικοκυρά

ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΥΨΟΣ

ΒΑΡΟΣ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

ΟΧΙ ΝΑΙ

ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΓΙΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΔΙΠΟΛΙΚΗ, ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ Η ΆΛΛΗ ΜΕΙΖΟΝΑ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΕ ΑΔΕΛΦΙΑ, ΓΟΝΕΙΣ, ΠΑΙΔΙΑ

ΟΧΙ ΝΑΙ

Κλίμακα μέτρησης του τραύματος και κακοποίησης στην παιδική ηλικία

THE CHILD ABUSE AND TRAUMA SCALE (CATS)

Μακά, Ζ. & Μητσοπούλου, Ε.

Αυτό το ερωτηματολόγιο προσπαθεί να καθορίσει τη γενική ατμόσφαιρα του σπιτιού σου όταν ήσουν παιδί ή έφηβος και πώς ένιωθες για τη συμπεριφορά των γονιών σου ή του ατόμου που είχε αναλάβει τη φροντίδα σου (Αν δεν μεγάλωσες με έναν ή και τους δύο φυσικούς γονείς σου, παρακαλώ απάντησε στις παρακάτω ερωτήσεις για το άτομο ή τα άτομα που είχαν **τη βασική ευθύνη** για την ανατροφή σου ως παιδιού.) Όπου η ερώτηση αφορά τη συμπεριφορά και των δυο γονιών και αυτοί διαφέρουν ως προς τη συμπεριφορά τους, παρακαλώ απάντησε για το γονιό του οποίου η συμπεριφορά ήταν η πιο αυστηρή ή χειρότερη;

Για να απαντήσεις στις ερωτήσεις, απλά κύκλωσε τον κατάλληλο κύκλο σύμφωνα με τους παρακάτω προσδιορισμούς:

0 = ποτέ

1 = σπάνια

2 = μερικές φορές

3 = πολύ συχνά

4 = πάντα

Π.χ. Σου ασκούσαν κριτική οι γονείς σου;

0 1 2 3 4

Αν η απάντηση είναι «μου ασκούσαν σπάνια κριτική», θα πρέπει να κυκλώσεις το νούμερο 2.

Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις:

1. Σε γελοιοποιούσαν οι γονείς σου;

0 1 2 3 4

2. Έψαχνες ποτέ βοήθεια ή καθοδήγηση απ' έξω εξαιτίας των προβλημάτων που είχες στο σπίτι σου; 0 1 2 3 4
3. Οι γονείς σου κακοποιούσαν λεκτικά ο ένας τον άλλο; 0 1 2 3 4
4. Ήταν αναμενόμενο να ακολουθείς έναν αυστηρό κώδικα συμπεριφοράς στο σπίτι σου; 0 1 2 3 4
5. Όταν σε τιμωρούσαν ως παιδί ή ως έφηβο, καταλάβαινες την αιτία της τιμωρίας σου; 0 1 2 3 4
6. Όταν δεν ακολουθούσες τους κανόνες του σπιτιού, πόσο συχνά σε τιμωρούσαν αυστηρά; 0 1 2 3 4
7. Όταν ήσουν παιδί ένιωθες ότι Δεν σε ήθελαν ή ότι σε παραμελούσαν συναισθηματικά; 0 1 2 3 4
8. Οι γονείς σου σε προσέβαλαν ή σε αποκαλούσαν με διάφορες ονομασίες; 0 1 2 3 4
9. Πριν τα 14 σου χρόνια, είχες σεξουαλική επαφή με ενήλικα; 0 1 2 3 4
10. Οι γονείς σου ήταν δυστυχημένοι ο ένας με τον άλλο; 0 1 2 3 4
11. Οι γονείς σου ήταν απρόθυμοι να παρακολουθήσουν τις σχολικές σου δραστηριότητες; 0 1 2 3 4
12. Ως παιδί σε τιμωρούσαν με ασυνήθιστους τρόπους (π.χ. σε κλειδώνανε στην ντουλάπα για πολύ ώρα ή σε δένανε); 0 1 2 3 4
13. Υπήρχαν σεξουαλικές εμπειρίες που σε τραυμάτιζαν ή σε αναστάτωναν όταν ήσουν παιδί ή έφηβος ώστε δεν μπορούσες να μιλήσεις στους μεγάλους γι' αυτές; 0 1 2 3 4
14. Σκέφτηκες ποτέ ότι ήθελες να αφήσεις την οικογένεια σου και να ζήσεις με άλλη οικογένεια; 0 1 2 3 4
15. Ήσουν ποτέ μάρτυρας της σεξουαλικής κακομεταχείρισης (κακοποίησης) κάποιου άλλου μέλους της οικογένειας; 0 1 2 3 4
16. Σκέφτηκες ποτέ σοβαρά να το σκάσεις από το σπίτι; 0 1 2 3 4
17. Ήσουν μάρτυρας της σωματικής κακομεταχείρισης (κακοποίησης) κάποιου άλλου μέλους της οικογένειας; 0 1 2 3 4
18. Όταν σε τιμωρούσαν ως παιδί ή ως έφηβο, ένιωθες ότι η τιμωρία σου άξιζε; 0 1 2 3 4
19. Ως παιδί ή ως έφηβος, ένιωθες ότι σε αντιπαθούσε κάποιος από τους γονείς σου; 0 1 2 3 4
20. Πόσο συχνά οι γονείς σου θύμωναν πραγματικά μαζί σου; 0 1 2 3 4

- | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 21. | Ως παιδί ένιωθες ότι το σπίτι σου θα μπορούσε να κατηγορηθεί για τη δυνατότητα απρόβλεπτης σωματικής βίας; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. | Αισθανόσουν άνετα να φέρνεις φίλους στο σπίτι; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. | Ένωθες ασφαλώς να ζεις στο σπίτι; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. | Όταν σε τιμωρούσαν ως παιδί ή ως έφηβος, ένιωθες ότι «η τιμωρία ταίριαζε στο έγκλημα»; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. | Οι γονείς σου, σου επιτέθηκαν ποτέ βίαια με λόγια όταν εσύ δεν το περιμένες; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. | Είχες τραυματική σεξουαλική εμπειρία ως παιδί ή ως έφηβος; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. | Ήσουν μοναχικός ως παιδί; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. | Σου φώναζαν οι γονείς σου; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. | Όταν κάποιος από τους γονείς σου ήταν υπό την επήρεια ουσιών, φοβόσουν ότι θα κακοποιηθείς σεξουαλικά; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. | Ευχόσουν ποτέ να μοιραστείς τη ζωή σου με ένα φίλο; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. | Πόσο συχνά σε αφήνανε μόνο σου στο σπίτι ως παιδί; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. | Σε κατηγορούσαν οι γονείς σου για πράγματα που δεν έκανες; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. | Σε ποια έκταση ο ένας ή άλλος γονιός έπινε πολύ ή έπαιρνε ναρκωτικά; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. | Σε χτυπούσαν ποτέ οι γονείς σου όταν δεν το περιμένες; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. | Η σχέση σου με τους γονείς σου περιελάμβανε ποτέ κάποια σεξουαλική εμπειρία; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. | Ως παιδί, έπρεπε να φροντίσεις τον εαυτό σου προτού να μεγαλώσεις αρκετά; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. | Είχες κακομεταχειριστεί σωματικά ως παιδί ή έφηβος; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. | Είχες άγχος στην παιδική σου ηλικία; | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |