



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών  
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ: ΑΠΑΡΤΙΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ  
ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΡΑΜΙΛΑΡΑΚΗ ΣΟΦΙΑ (Α.Μ.: 20170543)

«Ιστορικό παιδικού τραύματος και αυτοκτονικότητα στη Διπολική Διαταραχή: ο ρόλος  
της παρορμητικότητας»

Μέλη επιτροπής εξέτασης:

Φερεντίνος Π., Επίκ. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Επιβλέπων

Γουρνέλλης Ρ., Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής

Μιχόπουλος Ι., Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής

Αθήνα, 2020

Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα

### *Ευχαριστίες*

Πρωτίστως, θέλω να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Παναγιώτη Φερεντίνο, Επίκουρο Καθηγητή Ψυχιατρικής για την πολύτιμη όχι μόνο εποπτική του θέση στην εργασία μου, αλλά και για την εκπαιδευτική του αρωγή καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της, καθότι μέ δίδαξε πολλά με υπομονή. Για την καθοδήγηση και τη μετάδοση ενός επιστημονικού σκέπτεσθαι. Τον ευχαριστώ, ακόμη, για την εμπιστοσύνη που μού έδειξε στην παρακολούθηση του Ειδικού Ιατρείου Συναισθηματικών Διαταραχών στο ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», το οποίο έχει οργανώσει, απ' όπου τελικά μπορέσαμε να συλλέξουμε δείγμα και πραγματοποιήθηκε η παρούσα εργασία.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες στους ασθενείς του Ιατρείου και της μονάδας νοσηλείας της Β' Παναπιστημιακής κλινικής του νοσοκομείου ΑΤΤΙΚΟΝ, που δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνά μου και μέ εμπιστεύθηκαν στο μοίρασμα των τόσο προσωπικών και συχνά ιδιαίτερα δύσκολων εμπειριών τους.

Θερμές ευχαριστίες στην ψυχολόγο του παρόντος μεταπτυχιακού προγράμματος που επιμελήθηκε μερικώς το στατιστικό τμήμα της εργασίας, κυρία Βάσια Ευσταθίου, για τη στήριξη, την καθοδήγηση και την πρακτική βοήθειά της. Επιπροσθέτως, στην κυρία Ευαγγελία Μαρκόγλου, Γραμματέα του ΠΜΣ για την άμεση ανταπόκριση σε ερωτήματα πρακτικής φύσεως καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου στο μεταπτυχιακό Πρόγραμμα.

Ευχαριστώ, ακόμη, τα μέλη της τριμελούς επιτροπής τους Αναπλ. Καθηγητή Ψυχιατρικής κ. Γουρνέλλη Ρ. και Αναπλ. Καθηγητή Ψυχιατρικής Μιχόπουλο Ι., για την επιμελή διόρθωση της εργασίας μου, ώστε να φτάσει στην τελική της αυτή μορφή. Επίσης, τον Καθηγητή Ψυχιατρικής και Διευθυντή της Β' Ψυχιατρικής Κλινικής του ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ» κ. Δουζένη Αθ. για την εκπαιδευτική του παρουσία τόσο κατά τη διάρκεια της πρακτικής μου άσκησης, όσο και κατά τη διάρκεια των διαλέξεων του μεταπτυχιακού προγράμματος.

Ευχαριστώ θερμά την Ελένη Καρατασά, για την επιμέλεια της αγγλικής μορφής της εργασίας. Τέλος, τους αγαπημένους μου ανθρώπους, που καθένας με τον τρόπο του με στήριξαν στην πορεία της εργασίας μου, όταν η κούραση και η πίεση αγωνίζονταν την επιθυμία μου για εργασία και ήταν εκεί να μού υπενθυμίζουν τη θέση μου και τις επιλογές μου.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	4
<b>ABSTRACT</b> .....	6
<b>1. Θεωρητικό Υπόβαθρο</b> .....	8
<b>2. Μέθοδος</b> .....	12
2.1. Συμμετέχοντες.....	12
2.2.Κριτήρια εισαγωγής/ αποκλεισμού στην έρευνα.....	12
2.3.Ψυχομετρικά εργαλεία.....	13
2.4. Σχεδιασμός και στατιστική ανάλυση.....	15
<b>3. Αποτελέσματα</b> .....	16
3.1.Πολλαπλές γραμμικές παλινδρομήσεις για τα συνολικά σκορ των κλιμάκων.....	17
3.2.Ανάλυση Διαμεσολάβησης (Μοντέλο Δομικών Εξισώσεων) 1.....	18
3.3. Πολλαπλές γραμμικές παλινδρομήσεις για τις υποκλίμακες ETI-SR-SF και BIS- 11.....	19
3.4. Ανάλυση Διαμεσολάβησης (Μοντέλο Δομικών Εξισώσεων) 2.....	20
<b>4. Συζήτηση</b> .....	21
<b>5. Περιορισμοί της έρευνας</b> .....	26
<b>6. Συμπεράσματα</b> .....	26
Πίνακες.....	27
Σχήματα.....	31
Βιβλιογραφία.....	32
Παράρτημα.....	35
ETI-SR-SF (Early Trauma Inventory- Self Report- Sort form).....	35
SBQ-R (Suicide Behaviors Questionnaire- Revised).....	37
BIS- 11 (Barratt Impulsiveness Scale- 11) .....	38

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Στόχος:** Το παιδικό τραύμα σχετίζεται με την αυτοκτονικότητα σε ασθενείς με διπολική διαταραχή (ΔΔ). Ωστόσο, δεν έχει ερευνηθεί εκτενώς εάν τη σχέση αυτή διαμεσολαβούν άλλοι παράγοντες, όπως η παρορμητικότητα. Αυτή η συγχρονική μελέτη σε διπολικούς ασθενείς σκόπευσε να διερευνήσει εάν η επίδραση παιδικού τραύματος στην αυτοκτονικότητα διαμεσολαβείται μερικώς τουλάχιστον από την επίδραση της παρορμητικότητας.

**Μέθοδος:** Η ύπαρξη του παιδικού τραύματος και των υποτύπων του διερευνήθηκε με την κλίμακα Early Trauma Inventory Self Report-Short Form (ETI-SR-SF), της διαβίου αυτοκτονικότητας με την Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) και της παρορμητικότητας και των υποτύπων της με την κλίμακα Barratt Impulsivity Scale-11 (BIS-11). Ελέγχθηκε με αναλύσεις πολλαπλών γραμμικών παλινδρομήσεων η επίδραση του παιδικού τραύματος στην αυτοκτονικότητα και την παρορμητικότητα, καθώς και της παρορμητικότητας στην αυτοκτονικότητα, διορθώνοντας για φύλο, ηλικία και διάγνωση (ΔΔ-I, ΔΔ-II). Για την διερεύνηση του διαμεσολαβητικού ρόλου της BIS-11 και των υποτύπων της στην επίδραση του παιδικού τραύματος και των υποτύπων του στην αυτοκτονικότητα δημιουργήθηκαν μοντέλα δομικών εξισώσεων.

**Αποτελέσματα:** Συμμετείχαν 78 ασθενείς με διάγνωση διπολικής διαταραχής σε νορμοθυμία (60.3% γυναίκες, 67.9% ΔΔ-I). Η ETI-SR-SF προέβλεψε στατιστικά σημαντικά την SBQ-R ( $p=0.004$ ) και την BIS-11 ( $p<0.001$ ), καθώς και η BIS-11 την SBQ-R ( $p=0.001$ ). Μελετώντας την ταυτόχρονη επίδραση όλων των υποτύπων του τραύματος και της παρορμητικότητας στην αυτοκτονικότητα, μόνο η σωματική κακοποίηση ( $p=0.012$ ) και η γνωσιακή παρορμητικότητα ( $p<0.001$ ) προέβλεψαν την αυτοκτονικότητα. Στα μοντέλα δομικών εξισώσεων, η έμμεση επίδραση του παιδικού

Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα

τραύματος στην αυτοκτονικότητα μέσω της παρορμητικότητας ήταν στατιστικά σημαντική ( $p=0.003$ ) ενώ η άμεση επίδραση του παιδικού τραύματος στην αυτοκτονικότητα δεν ήταν στατιστικά σημαντική (πλήρης διαμεσολάβηση). Επιπλέον, ειδικότερα, τόσο η έμμεση επίδραση της σωματικής κακοποίησης στην αυτοκτονικότητα μέσω της γνωσιακής παρορμητικότητας ( $p=0.002$ ) όσο και η άμεση επίδραση της σωματικής κακοποίησης στην αυτοκτονικότητα ( $p=0.013$ ) ήταν στατιστικά σημαντικές (μερική διαμεσολάβηση).

**Συμπέρασμα:** Το παιδικό τραύμα προβλέπει την αυτοκτονικότητα και την παρορμητικότητα, καθώς και η παρορμητικότητα την αυτοκτονικότητα. Πιο ειδικά, η σωματική κακοποίηση και η γνωσιακή παρορμητικότητα προβλέπουν την αυτοκτονικότητα. Η διαμεσολάβηση της παρορμητικότητας εξηγούσε πλήρως την επίδραση του παιδικού τραύματος στην αυτοκτονικότητα. Επιπλέον, ειδικότερα, η γνωσιακή παρορμητικότητα βρέθηκε να εξηγεί μερικώς την επίδραση της σωματικής κακοποίησης στην αυτοκτονικότητα. Επομένως, η διαχείριση της παρορμητικότητας και δη της γνωσιακής παρορμητικότητας είναι σημαντική για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της αυτοκτονικότητας σε διπολικούς ασθενείς με ιστορικό τραύματος.

**Λέξεις κλειδιά:** παιδικό τραύμα, παρορμητικότητα, αυτοκτονικότητα, διπολική διαταραχή

**ABSTRACT**

**Aim:** Childhood trauma (CT) is correlated with suicidality among patients with bipolar disorder (BD). However, it has not been adequately investigated if a third factor, for instance impulsivity, mediates the effect of CT on suicidality in BD.

**Objectives.** To explore potential mediatory effects of impulsivity in the pathway from CT to suicidality in BD.

**Methods:** CT was assessed with the Early Trauma Inventory Self Report-Short Form (ETI-SR-SF), impulsivity with the Barratt Impulsivity Scale-11 (BIS-11) while lifetime suicidality was investigated with the Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R). The effect of childhood trauma on suicidality and impulsivity was examined with multiple lineal regressions, as well as the effect of impulsivity on suicidality, including gender, age and diagnosis (BD-I, BD-II) as covariates. Structural equation models were created for the examination of the mediatory role of BIS-11 and its subtypes on the effect of childhood trauma and its subtypes on suicidality.

**Results:** We included 78 BD euthymic patients (60.3% female, 67.9% BD-I). ETI-SR-SF significantly predicted SBQ-R ( $p= 0.004$ ) and BIS-11 ( $p< 0.001$ ), while BIS-11 significantly predicted SBQ-R ( $p= 0.001$ ). In a model including ETI-SR-SF and BIS dimensions, only ETISR-SF physical abuse ( $p=0.012$ ) and BIS attentional ( $p<0.001$ ) subscales significantly predicted SBQ-R. In structural equation models, the indirect effect of childhood trauma on suicidality via impulsivity was significant ( $p= 0.003$ ) while the direct effect of childhood trauma on suicidality was non-significant (complete mediation). In specific, both the indirect effect of physical abuse on suicidality via attentional impulsivity ( $p=0.002$ ) and the direct effect of physical abuse on suicidality ( $p=0.013$ ) were statistically significant (partial mediation).

Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα

Conclusion: Childhood trauma predicts suicidality and impulsivity, while impulsivity predicts suicidality. In specific, physical abuse and attentional impulsivity predict suicidality. The mediatory role of impulsivity completely explained the effect of childhood trauma on suicidality. Moreover, attentional impulsivity partially mediates the effect of physical abuse on suicidality. Therefore, management of impulsivity and especially of attentional impulsivity is crucial for the prevention and management of suicidality among BD patients with a history of childhood trauma.

**Key words:** childhood trauma, impulsivity, suicidality, bipolar disorder

## 1. Θεωρητικό υπόβαθρο

Το παιδικό τραύμα ορίζεται είτε ως η κακή μεταχείριση ή η απουσία θετικής μεταχείρισης ενός ατόμου είτε ως η έκθεσή του σε στρεσογόνα γεγονότα, κατά τα πρώτα χρόνια της ανάπτυξης του (McCoy et Keen, 2013). Οι τύποι παιδικού τραύματος που έχουν προσδιοριστεί και μελετηθεί στην ψυχιατρική και ψυχολογική έρευνα είναι η συναισθηματική, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση και η συναισθηματική και σωματική παραμέληση (Bernstein *et al.*, 1994). Περιλαμβάνονται, ακόμα, δυσλειτουργίες στο οικογενειακό περιβάλλον, όπως η κατάχρηση ουσιών από γονέα ή πρόσωπο φροντίδας, η ψυχική ασθένειά του, η φυλάκιση, η γονική απώλεια λόγω θανάτου ή διαζυγίου. Μία απειλητική ασθένεια για τη ζωή, σοβαρός τραυματισμός ή ατύχημα του ίδιου ή οικείου προσώπου, έκθεση σε φυσικές καταστροφές και τρομοκρατικά γεγονότα συνιστούν επίσης, στοιχεία παιδικού τραύματος (Bremner *et al.*, 2007).

Στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2006) ανέδειξαν την σημαντική συχνότητα ύπαρξης του παιδικού τραύματος στον γενικό πληθυσμό, καθώς υπολογίζεται ότι το ¼ του γενικού πληθυσμού έχει υποστεί σωματική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία, ενώ μία στις πέντε γυναίκες σεξουαλική κακοποίηση. Στα άτομα, όμως, με διάγνωση ψυχικής ασθένειας αυξάνεται η πιθανότητα ύπαρξης παιδικού τραύματος στο ιστορικό τους (Carr *et al.*, 2013, Sugaya *et al.*, 2012).

Ειδικά για ασθενείς με Διπολική Διαταραχή (ΔΔ) έχει διαπιστωθεί ότι αναφέρουν συχνότερα τραυματικές εμπειρίες σε σχέση με υγιείς μάρτυρες (Janiri *et al.*, 2015). Φαίνεται επομένως, πως το ιστορικό παιδικού τραύματος συνιστά αιτιολογικό παράγοντα για την πρόκληση και την εγκατάσταση της ψυχικής νόσου. Πιο ειδικά έχει φανεί πως διπολικοί ασθενείς με ιστορικό παιδικού τραύματος έχουν βαρύτερο κλινικό



Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα

φαινότυπο από τους ασθενείς χωρίς τέτοιο ιστορικό (Agnew-Blais and Danese, 2016). Στην βαρύτερη αυτή κλινική εικόνα περιλαμβάνονται η πρωιμότερη έναρξη της νόσου, πολλά μανιακά και καταθλιπτικά επεισόδια, ψυχωσικά συμπτώματα, συννόσηση με άλλες διαταραχές, όπως κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, περισσότερες νοσηλείες, ταχεία εναλλαγή φάσεων, αυτοκτονικός ιδεασμός ή/και απόπειρες αυτοκαταστροφής και ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία (Aas *et al.*, 2016, Etain *et al.*, 2013a, Larsson *et al.*, 2013).

Αναφορικά με την αυτοκτονικότητα σε ασθενείς με ΔΔ μεταναλύσεις δείχνουν πως 25%- 50% των ασθενών αυτών θα κάνει κάποια στιγμή στη ζωή του απόπειρα αυτοκαταστροφής, ενώ 8%- 11% αυτοκτονούν (Latalova *et al.*, 2014). Η συχνότητα των αποπειρών είναι σαφώς υψηλότερη σε διπολικούς ασθενείς σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Costa Lda *et al.*, 2015).

Το παιδικό τραύμα φαίνεται, λοιπόν, να συνδέεται με την αυτοκτονικότητα στη ΔΔ (Agnew-Blais and Danese, 2016, McIntyre *et al.*, 2008). Ειδικότερα τόσο η σεξουαλική (Garno *et al.*, 2005) όσο και η συναισθηματική κακοποίηση (Etain *et al.*, 2013a) και η σωματική κακοποίηση (Daruy-Filho *et al.*, 2011) σχετίζεται με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Πιο συγκεκριμένα, η αυτοκτονικότητα σχετίζεται με τη σεξουαλική κακοποίηση σε ασθενείς με ΔΔ I και τη συναισθηματική κακοποίηση σε ασθενείς με ΔΔ II (Janiri *et al.*, 2015). Ο συνδυασμός πολλών υπότυπων παιδικού τραύματος φαίνεται να προβλέπει ισχυρότερα την αυτοκτονικότητα (Garno *et al.*, 2005, Xie *et al.*, 2018).

Διάφοροι παράγοντες έχει προταθεί ότι διαμεσολαβούν στη σχέση παιδικού τραύματος και αυτοκτονικότητας. Ένας εξ αυτών είναι η παρορμητικότητα, που εμφανίζει σημαντικό ποσοστό των ασθενών με ΔΔ (Swann *et al.*, 2007). Μετανάλυση

Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα

ερευνών σε δείγμα υγιών μαρτύρων και ψυχιατρικών ασθενών με διάφορες παθήσεις αλλά όχι ΔΔ δείχνει πως κυρίως η κακοποίηση κι όχι η παραμέληση προβλέπει ισχυρότερα την παρορμητικότητα (Liu, 2018). Η συσχέτιση αυτή σε διπολικούς ασθενείς έχει δειχθεί μόνο σε λίγες πρόσφατες μελέτες (Etain *et al.*, 2017, Marwaha *et al.*, 2019, Richard-Lepouriel *et al.*, 2019).

Είναι γνωστό ότι η παρορμητικότητα σχετίζεται με την αυτοκτονικότητα τόσο σε υγιή πληθυσμό όσο και σε ψυχιατρικούς ασθενείς (Gvion and Apter, 2011). Ωστόσο, όπως δείχνει και πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση (Watkins and Meyer, 2013) η σχέση αυτή είναι περισσότερο πολύπλοκη. Ορισμένες έρευνες εντοπίζουν συσχέτιση της αυτοκτονικότητας με το συνολικό σκορ της κλίμακας παρορμητικότητας Barratt [BIS-11] (Mahon *et al.*, 2012, Marwaha *et al.*, 2019, Ostacher *et al.*, 2009, Sublette *et al.*, 2009, Swann *et al.*, 2009). Άλλες έρευνες δεν εντοπίζουν σημαντική συσχέτιση με το συνολικό σκορ της BIS-11 (Ekinici *et al.*, 2011, Etain *et al.*, 2013b, Matsuo *et al.*, 2010, Michaelis *et al.*, 2004, Oquendo *et al.*, 2000, Parmentier *et al.*, 2012, Perroud *et al.*, 2011, Swann *et al.*, 2005), ενώ μία καταλήγει σε αρνητική συσχέτιση (Gilbert *et al.*, 2011), δηλαδή εντοπίζει χαμηλότερα επίπεδα παρορμητικότητας συνολικού σκορ στην BIS-11 στους διπολικούς ασθενείς με ιστορικό αποπειρών σε σχέση με αυτούς χωρίς τέτοιο ιστορικό. Τέλος, κάποιες εντοπίζουν συσχέτιση με τουλάχιστον έναν υπότυπο της παρορμητικότητας, αλλά όχι με το συνολικό σκορ της. Πιο ειδικά, βρέθηκε σε κάποιες έρευνες συσχέτιση της αυτοκτονικότητας μόνο με τον υπότυπο της «κινητικής» παρορμητικότητας (Matsuo *et al.*, 2010, Swann *et al.*, 2009), σε τρεις με την παρορμητικότητα «με έλλειψη σχεδιασμού» (Ekinici *et al.*, 2011, Michaelis *et al.*, 2004, Swann *et al.*, 2009) και σε μία με τη «γνωσιακή» παρορμητικότητα (Ekinici *et al.*, 2011).

Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία υποθέσαμε πως η παρορμητικότητα είναι ίσως ένας παράγον που διαμεσολαβεί μερικώς ή πλήρως τη σχέση μεταξύ παιδικού τραύματος και αυτοκτονικότητας. Το παραπάνω έχει ερευνηθεί σε μόλις δύο εργασίες, εκ των οποίων η μία επιβεβαιώνει τον διαμεσολαβητικό ρόλο της παρορμητικότητας, μόνο, όμως, σε δείγμα διπολικών ασθενών I (Marwaha *et al.*, 2019), ενώ η άλλη όχι (Etain *et al.*, 2017).

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της παρορμητικότητας ως διαμεσολαβητικού παράγοντα που πιθανώς εξηγεί τη σχέση ανάμεσα στο παιδικό τραύμα και την αυτοκτονικότητα.

Για να καταλήξουμε στην εξέταση του σκοπού μας ερευνήσαμε, αρχικά, επιμέρους εάν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο παιδικό τραύμα και στην αυτοκτονικότητα, κυρίως όμως ανάμεσα στο τραύμα και την παρορμητικότητα, για την οποία ελάχιστες έρευνες υπάρχουν σε ασθενείς με ΔΔ. Αναζητήθηκε, επίσης, και η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ παρορμητικότητας και αυτοκτονικότητας, για την οποία η βιβλιογραφία παρέχει πολλά αντικρουόμενα στοιχεία.

Υποθέσαμε, καταρχάς, ότι το παιδικό τραύμα θα σχετίζεται με την αυτοκτονικότητα στους ασθενείς με ΔΔ και στο δικό μας δείγμα, καθώς και η παρορμητικότητα με το παιδικό τραύμα και την αυτοκτονικότητα ξεχωριστά. Επιπλέον, ότι τουλάχιστον ένα μέρος της σχέσης μεταξύ παιδικού τραύματος και αυτοκτονικότητας θα εξηγείται από την παρορμητικότητα στο δείγμα μας.

## 2. Μέθοδος

### 2.1. Συμμετέχοντες

Οι συμμετέχοντες ήταν ασθενείς με διάγνωση Διπολικής Διαταραχής I ή II. Είτε είχαν νοσηλευτεί στην Β΄ Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «ΑΤΤΙΚΟΝ» είτε παρακολουθούνταν στο Ειδικό Ιατρείο Συναισθηματικών Διαταραχών του ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ». Η συλλογή των δεδομένων διήρκεσε από τον Απρίλιο του 2018 έως και τον Ιούλιο του 2019. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά τους στοιχεία. Συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα εφόσον κατά τη στιγμή της επίσκεψής τους βρίσκονταν σε νορμοθυμία, δηλαδή με σκορ στην κλίμακα κατάθλιψης του Hamilton (HDRS) (Hamilton, 1960)  $\leq 7$  και σκορ στην κλίμακα μανίας του Young (YMRS) (Young *et al.*, 1978)  $\leq 7$ . Η συμμετοχή τους στην έρευνα έγινε μετά από ενημέρωσή τους για τον εθελοντικό της χαρακτήρα, τη δυνατότητα αποχώρησής τους και τη διαβεβαίωση διαφύλαξης του απορρήτου των στοιχείων που αναφέρουν (βλ. Παράρτημα, «Σύμφωνο συγκατάθεσης συμμετεχόντων»).

### 2.2. Κριτήρια εισαγωγής/ αποκλεισμού στην έρευνα

Για την καταγραφή του κλινικού φαινότυπου της Διπολικής Διαταραχής χρησιμοποιήθηκε ημιδομημένη συνέντευξη βασισμένη στο MINI-5 (Sheehan *et al.*, 1998). Στο τελικό δείγμα συμπεριλήφθηκαν όσοι συναίνεσαν ως προς τη συμμετοχή τους, όσων ορίστηκε ο δείκτης νοημοσύνης σε βαθμό υψηλότερο του 70 και βρίσκονταν σε νορμοθυμία. Ασθενείς με οργανική εγκεφαλοπάθεια ή κρανιοεγκεφαλική κάκωση αποκλείστηκαν από την έρευνα.

Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα

### 2.3. Ψυχομετρικά εργαλεία

#### *ETI-SR-SF (Early Trauma Inventory-Self Report- Short Form)*

Σχεδιάστηκε για να μετρά την ύπαρξη και τη συχνότητα του βιώματος τραυματικών γεγονότων ζωής πριν από την ηλικία των 18 ετών. Περιλαμβάνει τέσσερα μέρη: τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας (11 λήμματα), σωματικής τιμωρίας (5 λήμματα), συναισθηματικής κακοποίησης (6 λήμματα), καθώς και σεξουαλικής κακοποίησης ή/ και παρενόχλησης (6 λήμματα) (Bremner *et al.*, 2007) Οι ερωτήσεις είναι συνολικά 29, διότι περιλαμβάνονται δύο επιπλέον ερωτήσεις ως προς τον προσδιορισμό του πιο τραυματικού γεγονότος με την μεγαλύτερη επιρροή στην ενήλικη ζωή των συμμετεχόντων, οι οποίες δε χρησιμοποιήθηκαν στις αναλύσεις της δικής μας έρευνας. Έχει αναφερθεί δείκτης εσωτερικής συνοχής Cronbach  $\alpha > 0.7$  (Bremner *et al.*, 2007). Η συγκλίνουσα εγκυρότητα του, που ελέγχθηκε με τη σύγκριση του ερωτηματολογίου με τα αποτελέσματα της κλίμακας CAPS, βρέθηκε ικανοποιητική ( $r=0.32-0.44$ ) (Bremner *et al.*, 2007). Στο δείγμα της δικής μας έρευνας ο δείκτης KR20 υπολογίστηκε σε 0.83. Έχει σταθμιστεί στα Ελληνικά (Antonopoulou *et al.*, 2017).

#### *SBQ-R (The Suicide Behaviors Questionnaire- Revised)*

Το ερωτηματολόγιο μετρά την ύπαρξη αυτοκτονικού ιδεασμού και παρελθοντικές απόπειρες αυτοκαταστροφής, αλλά αξιολογεί και την παρούσα αυτοαναφορά για ενδεχόμενη αυτοκτονικότητα στο μέλλον (Osman, 2001). Δημιουργήθηκε από την Linehan (1981) και αναθεωρήθηκε τελευταία φορά από τον Osman και συνεργάτες (Osman, 2001). Για το εργαλείο αναφέρεται δείκτης εσωτερικής συνοχής Cronbach  $\alpha = 0.88$  (Osman, 2001). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η κλίμακα διαθέτει επαρκή εγκυρότητα κριτηρίου, αφού η σύγκριση μεταξύ αυτοκτονικών και μη ασθενών ως

Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα προς τις απαντήσεις τους στο ερωτηματολόγιο έδωσε στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα ( $p < 0.01$ ). Έχουν υπολογιστεί και cutoff scores. Για τους συμμετέχοντες που έχουν διάγνωση ψυχοπαθολογίας ο βαθμός αυτός είναι  $\geq 8$  (Osman, 2001). Στο δικό μας δείγμα ο δείκτης Cronbach υπολογίστηκε σε  $\alpha = 0.71$ .

#### *BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale)*

Η κλίμακα αυτή εκδόθηκε για πρώτη φορά το 1959 από τον Barratt και το 1995 στην 11<sup>η</sup> της μορφή (Patton *et al.*, 1995, Stanford, 2009). Οι παράγοντες που χρησιμοποιήσαμε ήταν αυτοί της δεύτερης τάξης παραγοντικής ανάλυσης: (1) γνωσιακή παρορμητικότητα («attentional impulsiveness», συμπεριλαμβάνοντας τους παράγοντες πρώτης τάξης προσοχή και γνωσιακή αστάθεια), που αφορά στην ανοχή στην γνωσιακή πολυπλοκότητα και την επιμονή, (2) κινητική παρορμητικότητα («motor impulsiveness», συμπεριλαμβάνοντας τους παράγοντες πρώτης τάξης κινητική παρορμητικότητα και επιμονή), που αφορά στην τάση για ακαριαία αντίδραση, και (3) παρορμητικότητα «με έλλειψη σχεδιασμού» («non-planning impulsiveness», συμπεριλαμβάνοντας τους παράγοντες πρώτης τάξης αυτοέλεγχο και γνωσιακή πολυπλοκότητα), που υπολογίζει την έλλειψη σχεδιασμού πράξεων (Patton *et al.*, 1995). Η κλίμακα μέτρησης είναι 4βαθμη. Όσο υψηλότερο είναι το σκορ που σημειώνουν οι συμμετέχοντες, τόσο υψηλότερο το επίπεδο της παρορμητικότητας. Ο δείκτης εσωτερικής συνοχής Cronbach  $\alpha$  σε γενικό ψυχιατρικό πληθυσμό υπολογίστηκε σε 0.83 (Patton *et al.*, 1995). Επίσης, διαθέτει βάσει βιβλιογραφίας καλό δείκτη εγκυρότητας, διότι η ομάδα των ασθενών διαφέρει σημαντικά από τον υγιή πληθυσμό ( $p < .0001$ ). Στο δείγμα της δικής μας έρευνας ο δείκτης Cronbach υπολογίστηκε σε  $\alpha = 0.76$ . Έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά (Giotakos *et al.*, 2003).

Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα

Η έρευνα διεξήχθη κατόπιν έγκρισης της από την Επιτροπή Δεοντολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

#### 2.4. Σχεδιασμός κα στατιστική ανάλυση

Για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες, 95% διαστήματα εμπιστοσύνης καθώς και γραφήματα συχνοτήτων. Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών της μελέτης, οι μέσες τιμές, οι τυπικές αποκλίσεις, οι διάμεσες τιμές και οι μέγιστες και ελάχιστες τιμές. Για τον έλεγχο της κανονικότητας των κατανομών χρησιμοποιήθηκε το Kolmogorov – Smirnov test. Στις αναλύσεις γραμμικής παλινδρόμησης ελέγχθηκαν οι προϋποθέσεις εφαρμογής της. Οι αναλύσεις αυτές έγιναν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS Statistics 25.0 και το κατώφλι στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε  $p < 0.05$ .

Υπολογίσαμε, αρχικά, με ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης την επίδραση του συνολικού σκορ της κλίμακας ETI-SR-SF ως ανεξάρτητη μεταβλητή στην κλίμακα αυτοκτονικότητας SBQ-R, καθώς και στην κλίμακα παρορμητικότητας BIS-11, διορθώνοντας για φύλο, ηλικία, διάγνωση (ΔΔ-I, ΔΔ-II). Με την ίδια μέθοδο εξετάστηκε, επίσης, η επίδραση της BIS-11 στην SBQ-R.

Στη συνέχεια, έγινε μια ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση της ταυτόχρονης επίδρασης του συνολικού σκορ του ETI-SR-SF και της BIS-11 στο SBQ-R, διορθώνοντας για τους συγχυτικούς παράγοντες φύλο, ηλικία, διάγνωση (ΔΔ-I, ΔΔ-II). Τα αποτελέσματα του μοντέλου αυτού συγκρίθηκαν με το μοντέλο επίδρασης της ETI-SR-SF στην SBQ-R, που αναφέρθηκε προηγουμένως. Σκοπός ήταν η διερεύνηση ενδείξεων υπέρ του διαμεσολαβητικού ρόλου της παρορμητικότητας στη σχέση του παιδικού τραύματος και της αυτοκτονικότητας.

Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα

Τέλος, διερευνήσαμε με ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης την ταυτόχρονη επίδραση των υπότυπων της ETI-SR-SF (γενικό τραύμα, σωματική, συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση) και της BIS-11 (κινητική, γνωσιακή, με έλλειψη σχεδιασμού παρορμητικότητα) στην SBQ-R, διορθώνοντας για ηλικία, φύλο και διάγνωση (ΔΔ-I, ΔΔ-II). Με βάση τα αποτελέσματα της τελευταίας παλινδρόμησης, διερευνήσαμε στη συνέχεια, όπως και παραπάνω, εάν υπάρχουν ενδείξεις υπέρ του διαμεσολαβητικού ρόλου κάποιων υπότυπων της BIS-11 στη σχέση μεταξύ των υπότυπων του τραύματος και της SBQ-R.

Για την τεκμηρίωση του διαμεσολαβητικού ρόλου της BIS-11 ή των υπότυπων της δημιουργήθηκαν μοντέλα δομικών εξισώσεων (Structural Equation Models, SEM/ path analysis), στα οποία εκτιμήθηκε η συνολική επίδραση της ETI-SR-SF ή υποτύπων της στο SBQ-R, καθώς και η άμεση και έμμεση επίδραση του ETI-SR-SF και υποτύπων της στην SBQ-R μέσω της BIS-11 ή των υποκλιμάκων της. Για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας αυτών των επιδράσεων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα AMOS 25 και η μέθοδος bootstrapping από 1.000 δείγματα.

### 3. Αποτελέσματα

Τα κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον Πίνακα 1α. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτελούν 78 ασθενείς με Διπολική Διαταραχή (68% ΔΔ-I), 23-78 ετών (μέσος όρος ηλικίας 47 έτη), άνδρες και γυναίκες (60.3% γυναίκες). Αναφορικά με τα κοινωνικά και δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, οι έγγαμοι ανέρχονταν σε 25 άτομα (32.1%) και οι εργαζόμενοι σε 33 (42.3%). Οι κλίμακες ETI-SR-SF και BIS-11 είχαν κανονική κατανομή, ενώ η κατανομή της SBQ-R ήταν ασύμμετρη αριστερά (positively skewed). Οι μέσοι όροι των κλιμάκων/ υποκλιμάκων που χορηγήθηκαν παρουσιάζονται στον Πίνακα 1β. Όσο αφορά στην κλίμακα του τραύματος, οι ασθενείς σκόραραν υψηλότερα στην



Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα υποκλίμακα της συναισθηματικής κακοποίησης και χαμηλότερα στην υποκλίμακα της σεξουαλικής κακοποίησης, ενώ στην κλίμακα BIS-11 σκόραραν υψηλότερα στον υπότυπο της παρορμητικότητας «με έλλειψη σχεδιασμού» και χαμηλότερα στην υποκλίμακα της «κινητικής παρορμητικότητας».

### 3.1. Πολλαπλές γραμμικές παλινδρομήσεις για συνολικά σκορ κλιμάκων

Αρχικά, κάναμε τρεις πολλαπλές γραμμικές παλινδρομήσεις για να διερευνήσουμε την επίδραση του συνολικού σκορ της ETI-SR-SF στην SBQ-R (Μοντέλο 1), του συνολικού σκορ της ETI-SR-SF στο συνολικό σκορ της BIS-11 (Μοντέλο 2), καθώς και του συνολικού σκορ της BIS-11 στην SBQ-R (Μοντέλο 3), διορθώνοντας για ηλικία, φύλο και διάγνωση (ΔΔ-I, ΔΔ-II). Φάνηκε πως το συνολικό σκορ της ETI-SR-SF προβλέπει σημαντικά το σκορ της SBQ-R ( $p=0.004$ ), όπως και της κλίμακας BIS-11 ( $p<0.001$ ). Το συνολικό σκορ της BIS-11, επίσης, προβλέπει σημαντικά το σκορ της SBQ-R ( $p=0.001$ ) (Πίνακας 2).

Στο Μοντέλο 4 (Πίνακας 3) φαίνεται η ταυτόχρονη επίδραση του συνολικού σκορ της κλίμακας ETI-SR-SF και της BIS-11 στην SBQ-R, διορθώνοντας για ηλικία, φύλο και διάγνωση (ΔΔ-I, ΔΔ-II). Από τη σύγκριση του Μοντέλου 1 και του Μοντέλου 4 φαίνεται, λοιπόν, πως όταν συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση παλινδρόμησης τα συνολικά σκορ της ETI-SR-SF και της BIS-11, η BIS-11 προέβλεπε σημαντικά το σκορ της SBQ-R ( $p=0.011$ ), ενώ η επίδραση της ETI-SF-SR δεν ήταν πλέον στατιστικά σημαντική ( $p=0.077$ ). Τα αποτελέσματα της σύγκρισης των δύο αυτών Μοντέλων αποτέλεσαν ένδειξη ότι η επίδραση του παιδικού τραύματος στην αυτοκτονικότητα ίσως διαμεσολαβείται μερικώς τουλάχιστον από την επίδραση της BIS-11.

### 3.2. Ανάλυση Διαμεσολάβησης (Μοντέλο Δομικών Εξισώσεων) 1

Προχωρήσαμε, επομένως, στη δημιουργία ενός Μοντέλου Δομικών Εξισώσεων ενσωματώνοντας μεταβλητές που πιθανώς επιδρούν στην αυτοκτονικότητα δια μέσου της παρορμητικότητας (*Πίνακας 4*). Πιο ειδικά, λοιπόν, αναζητήσαμε την άμεση, έμμεση με τη διαμεσολάβηση της παρορμητικότητας και συνολική επίδραση της ηλικίας, του φύλου, της διάγνωσης (ΔΔ-I, ΔΔ-II) και του συνολικού σκορ της ETI-SR-SF στην αυτοκτονικότητα (*Σχήμα 1*). Βρήκαμε ότι μόνο η διάγνωση ( $p= 0.048$ ) και το συνολικό σκορ της ETI-SR-SF ( $p= 0.005$ ) είχαν στατιστικά σημαντική συνολική επίδραση στην SBQ-R.

Η επίδραση του συνολικού σκορ της ETI-SR-SF στην αυτοκτονικότητα διαμεσολαβούνταν πλήρως από την παρορμητικότητα, εφόσον η έμμεση επίδραση του ήταν στατιστικά σημαντική ( $p= 0.003$ ), ενώ η άμεση όχι ( $p=0.078$ ) (*Πίνακας 4*). Όσο αφορά στην επίδραση της διάγνωσης, φάνηκε ότι η άμεση ήταν στατιστικά σημαντική ( $p= 0.027$ ), ενώ η έμμεση όχι ( $p= 0.772$ ). Επομένως, δεν υφίσταται σε αυτή την επίδραση ο διαμεσολαβητικός ρόλος του συνολικού σκορ της κλίμακας BIS-11.

Να σημειωθεί στο σημείο αυτό ότι τα αποτελέσματα της άμεσης επίδρασης του Πίνακα 4 είναι ισοδύναμα με τα αποτελέσματα του Μοντέλου 4 (*Πίνακας 3*) ως προς τους συντελεστές, ενώ της συνολικής επίδρασης με τους συντελεστές του Μοντέλου 1 (*Πίνακας 3*). Ωστόσο, στον *Πίνακα 4* αναγράφονται οι σταθμισμένοι συντελεστές (beta) και τα αποτελέσματα της στατιστικής σημαντικότητας είναι διαφορετικά, καθώς το τυπικό σφάλμα υπολογίστηκε με τη μέθοδο bootstrapping.

Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα

### 3.3. Πολλαπλές γραμμικές παλινδρόμησης για τις υποκλίμακες ETI-SR-SF και BIS-11

Διερευνήσαμε περαιτέρω τις πιθανές επιδράσεις των υποκλιμάκων των ETI-SR-SF και BIS-11 στην SBQ-R. Πραγματοποιήθηκε, λοιπόν, γραμμική παλινδρόμηση στην οποία συμπεριλήφθηκαν η κινητική, η γνωσιακή και η παρορμητικότητα «με έλλειψη σχεδιασμού» της κλίμακας BIS-11, το γενικό τραύμα, η σωματική, η συναισθηματική και η σεξουαλική κακοποίηση της κλίμακας ETI-SR-SF, διορθώνοντας για τους συγγυτικούς παράγοντες ηλικία, φύλο και διάγνωση (ΔΔ-I, ΔΔ-II). Προέκυψε πως μόνο η υποκλίμακα της γνωσιακής παρορμητικότητας της BIS-11 ( $p < 0.001$ ) και η σωματική κακοποίηση της ETI-SR-SF ( $p = 0.012$ ) προέβλεψαν στατιστικά σημαντικά την αυτοκτονικότητα (Πίνακας 5, Μοντέλο 5).

Επαναλάβαμε την προηγούμενη παλινδρόμηση με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης STEPWISE. Από αυτή προέκυψε ότι η διάγνωση ( $p = 0.031$ ), η σωματική κακοποίηση ( $p = 0.008$ ), καθώς και η γνωσιακή παρορμητικότητα ( $p < 0.001$ ) προβλέπουν στατιστικά σημαντικά την SBQ-R (Πίνακας 5, Μοντέλο 6).

Βάσει αυτών βρέθηκε ότι η υποκλίμακα σωματικής κακοποίησης της ETI-SR-SF επιδρά στην αυτοκτονικότητα, διορθώνοντας για ηλικία φύλο και διάγνωση (ΔΔ-I, ΔΔ-II) ( $p < 0.001$ ) (Πίνακας 6, Μοντέλο 7). Το Μοντέλο 8 (Πίνακας 6) παρουσιάζει τα αποτελέσματα των αναλύσεων για την ταυτόχρονη επίδραση της σωματικής κακοποίησης και της γνωσιακής παρορμητικότητας στην SBQ-R, διορθώνοντας για ηλικία φύλο και διάγνωση (ΔΔ-I, ΔΔ-II). Από τη σύγκριση των Μοντέλων 7 και 8, προκύπτει ότι όταν συμπεριλήφθηκε στην ανάλυση παλινδρόμησης η σωματική κακοποίηση και η γνωσιακή παρορμητικότητα, η γνωσιακή παρορμητικότητα προέβλεπε στατιστικά σημαντικά το σκορ της SBQ-R ( $p < 0.001$ ), ενώ η επίδραση της

Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα

σωματικής κακοποίησης ήταν λιγότερο ισχυρή αν και ακόμη στατιστικά σημαντική ( $p=0.013$ ). Τα αποτελέσματα της σύγκρισης των Μοντέλων 7 και 8 αποτέλεσαν ένδειξη, όπως και με τα συνολικά σκορ, ότι η επίδραση της σωματικής κακοποίησης στην αυτοκτονικότητα ίσως διαμεσολαβείται μερικώς τουλάχιστον από την επίδραση της γνωσιακής παρορμητικότητας.

#### 3.4. Ανάλυση Διαμεσολάβησης (Μοντέλο Δομικών Εξισώσεων) 2

Προχωρήσαμε, επομένως, στη δημιουργία ενός δεύτερου Μοντέλου Δομικών Εξισώσεων ενσωματώνοντας τις μεταβλητές της ηλικίας, του φύλου, της διάγνωσης και της σωματικής κακοποίησης ως παράγοντες που επιδρούν στην αυτοκτονικότητα πιθανώς δια μέσου της γνωσιακής παρορμητικότητας (Σχήμα 2). Αναζητήσαμε την άμεση, έμμεση με τη διαμεσολάβηση της γνωσιακής παρορμητικότητας και συνολική επίδρασή τους (Πίνακας 7). Φάνηκε, λοιπόν, ότι η συνολική επίδραση της σωματικής κακοποίησης ( $p=0.003$ ) και της διάγνωσης ( $p=0.017$ ) προέβλεπε στατιστικά σημαντικά την αυτοκτονικότητα. Η άμεση επίδραση της διάγνωσης ήταν στατιστικά σημαντική ( $p=0.018$ ), ενώ η έμμεση μη στατιστικά σημαντική ( $p=0.307$ ). Επομένως, δεν υφίσταται ο διαμεσολαβητικός ρόλος της γνωσιακής παρορμητικότητας στην επίδραση της διάγνωσης στην SBQ-R. Από την άλλη πλευρά τόσο η άμεση επίδραση της σωματικής κακοποίησης στην SBQ-R ήταν στατιστικά σημαντική ( $p=0.013$ ) όσο και η έμμεση ( $p=0.002$ ). Επομένως, η επίδραση της σωματικής κακοποίησης στην SBQ-R οφείλεται μερικώς στη διαμεσολάβηση της γνωσιακής παρορμητικότητας.

Να σημειωθεί στο σημείο αυτό ότι τα αποτελέσματα της συνολικής επίδρασης του δεύτερου Μοντέλου Δομικών Εξισώσεων του Πίνακα 7 είναι ισοδύναμα ως προς τους συντελεστές με τα αποτελέσματα του Μοντέλου 7 (Πίνακας 6), ενώ της άμεσης επίδρασης με του Μοντέλου 8 (Πίνακας 6). Ωστόσο, στον Πίνακα 7 αναγράφονται οι

Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα

σταθμισμένοι συντελεστές (beta) και τα αποτελέσματα της στατιστικής σημαντικότητας είναι διαφορετικά, καθώς το τυπικό σφάλμα υπολογίστηκε με τη μέθοδο bootstrapping.

#### 4. Συζήτηση

Παρά την εκτενή έρευνα γύρω από τον αιτιοπαθογενετικό ρόλο του παιδικού τραύματος στην εκδήλωση ψυχοπαθολογίας στην ενήλικη ζωή, και δη αυτοκτονικότητας, παραμένει αδιερεύνητος σε σημαντικό βαθμό ο διαμεσολαβητικός ρόλος άλλων μεταβλητών, που ίσως κάνουν τη σχέση αυτή να υφίσταται. Μία από αυτές είναι η παρορμητικότητα. Συγκεκριμένα, λοιπόν, έχει μελετηθεί σημαντικά η σχέση μεταξύ παιδικού τραύματος και αυτοκτονικότητας. Δεν έχει, ωστόσο, διερευνηθεί επαρκώς η σχέση μεταξύ τραύματος και παρορμητικότητας, ενώ αντικρουόμενα έχουν προκύψει τα αποτελέσματα για τη σχέση ανάμεσα στην παρορμητικότητα και την αυτοκτονικότητα.

Η παρούσα έρευνα είναι από τις ελάχιστες που εκπονούνται σε πληθυσμό αμιγώς Διπολικών Ασθενών (ΔΔ-I, ΔΔ-II) και διερευνούν την επίδραση του παιδικού τραύματος στην αυτοκτονικότητα κατόπιν διαμεσολάβησης της παρορμητικότητας. Πράγματι, φάνηκε πως η επίδραση του παιδικού τραύματος στην αυτοκτονικότητα διαμεσολαβείται πλήρως από την επίδραση της παρορμητικότητας. Επομένως, η παρορμητικότητα είναι το χαρακτηριστικό εκείνο που οδηγεί στην επίταση του αυτοκτονικού ιδεασμού ή και των αποπειρών στον πληθυσμό αυτών των ασθενών. Προηγούμενη έρευνα κατάφερε να αναδείξει αυτή τη διαμεσολάβηση, όμως, μόνο σε δείγμα ασθενών με Διπολική Διαταραχή I (Marwaha *et al.*, 2019), ενώ έρευνα του Etain και συνεργατών (Etain *et al.*, 2017) εντοπίζει μεν συσχέτιση μεταξύ συναισθηματικής κακοποίησης και παρορμητικότητας, αλλά όχι παρορμητικότητας με την

Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα

αυτοκτονικότητα, επομένως δεν απέδειξε τον διαμεσολαβητικό ρόλο της παρορμητικότητας. Περαιτέρω ανάλυση στην έρευνα μας, ανέδειξε πως ειδικά η σωματική κακοποίηση από τους υπότυπους του παιδικού τραύματος επιδρά στην αυτοκτονικότητα με τη διαμεσολάβηση της γνωσιακής παρορμητικότητας, εύρημα που θα συζητηθεί παρακάτω.

Ειδικότερα, αναφορικά με τη συσχέτιση παιδικού τραύματος και αυτοκτονικότητας, φάνηκε ότι το συνολικό σκορ του παιδικού τραύματος σχετιζόταν σημαντικά με την αυτοκτονικότητα, εύρημα με το οποίο συμφωνεί το σύνολο σχεδόν των ερευνών στο πεδίο αυτό και σημαντικών μεταanalύσεων (Agnew-Blais and Danese, 2016, Etain *et al.*, 2013a, Larsson *et al.*, 2013). Από την ανάλυση των υποκλιμάκων του παιδικού τραύματος προκύπτει πως στο δείγμα μας, μόνο η σωματική κακοποίηση σχετίζεται ανεξάρτητα με την αυτοκτονικότητα, το οποίο επιβεβαιώνεται κι από εκτενή ανασκόπηση (Daruy-Filho *et al.*, 2011). Μπορούμε, επομένως, να υποθέσουμε και από τα δικά μας δεδομένα, πως η σωματική κακοποίηση κατά την παιδική κι εφηβική ηλικία συνιστά παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση αυτοκτονικότητας στην ενήλικη ζωή.

Αναμέναμε, επίσης, ότι και οι υπόλοιπες υποκλίμακες, δηλαδή η συναισθηματική (Etain *et al.*, 2013a) και η σεξουαλική κακοποίηση (Garno *et al.*, 2005), καθώς και το γενικό τραύμα θα σχετιζόνταν με την αυτοκτονικότητα (Agnew-Blais and Danese, 2016). Δεν προέκυψαν, ωστόσο, τέτοια αποτελέσματα. Αυτό το αποδώσαμε αρχικά, στο σχετικά μικρό δείγμα. Επίσης, τα εργαλεία μέτρησης των μεταβλητών αυτών ήταν συχνά διαφορετικά από αυτά που χρησιμοποιούνταν στις υπόλοιπες έρευνες και ίσως γι αυτό δεν κατέληξαν στα ίδια αποτελέσματα.

Φάνηκε, ακόμα, πως το συνολικό σκορ της παρορμητικότητας προβλέπει στατιστικά σημαντικά την αυτοκτονικότητα, όπως επιβεβαιώνει και μέρος της

Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα

βιβλιογραφίας (Mahon *et al.*, 2012, Marwaha *et al.*, 2019, Ostacher *et al.*, 2009, Sublette *et al.*, 2009, Swann *et al.*, 2009). Ειδικότερα, αναμέναμε πως όχι μόνο συνολικά η παρορμητικότητα, αλλά και οι υπότυποί της, δηλαδή η κινητική (Matsuo *et al.*, 2010, Swann *et al.*, 2009), η με έλλειψη σχεδιασμού (Ekinci *et al.*, 2011, Michaelis *et al.*, 2004, Swann *et al.*, 2009) και η γνωσιακή παρορμητικότητα (Ekinci *et al.*, 2011) θα σχετίζονταν με την αυτοκτονικότητα, όπως δείχνει η βιβλιογραφία. Ωστόσο, στο δείγμα μας μόνο η γνωσιακή παρορμητικότητα φάνηκε να έχει στατιστικά σημαντική σχέση με την αυτοκτονικότητα, εφόσον αφορά στην ικανότητα των ασθενών να διατηρούν την προσοχή και την ικανότητα οργάνωσης δράσεων με σταθερότητα. Επιπλέον, έχει ήδη δειχθεί σχέση μεταξύ γνωσιακής δυσλειτουργίας και αυτοκτονικότητας, αλλά σε ασθενείς με διάγνωση μείζονος κατάθλιψης (Pu *et al.*, 2017). Ίσως να μπορεί να επεκταθεί και σε ασθενείς με διπολική διαταραχή.

Επίσης, μια ενδιαφέρουσα προσέγγιση του Johnson και των συνεργατών του (Johnson *et al.*, 2017) αναφέρει πως ίσως η παρορμητικότητα είναι η τάση των ατόμων να αντιδρούν με βιαστικό τρόπο και να μετανιώνουν για τις πράξεις αυτές υπό την επήρεια αρνητικών συναισθημάτων (Negative Urgency Scale), ή και απλώς υπό το κράτος έντονων συναισθημάτων, ακόμα και θετικών (Positive Urgency Scale), συνήθων αντιδράσεων σε ασθενείς με διπολική διαταραχή. Πράγματι στην ομάδα των διπολικών ασθενών τα σκορ αυτών των κλιμάκων ήταν υψηλότερα από την ομάδα ελέγχου και συσχετίζονταν σημαντικά με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και το ιστορικό αποπειρών. Επομένως, όχι μόνο η γνωσιακή παρορμητικότητα, αλλά και αυτή που αφορμάται από έντονες συναισθηματικές καταστάσεις θετικές ή αρνητικές, ίσως σχετίζεται με την αυτοκτονικότητα σε διπολικούς ασθενείς.

Αναφορικά με τη συσχέτιση παιδικού τραύματος και παρορμητικότητας βρέθηκε πως το συνολικό σκορ του παιδικού τραύματος προβλέπει σημαντικά το συνολικό σκορ

Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα της παρορμητικότητας. Ωστόσο, δεν πρέπει να παραγνωρίζουμε το γεγονός ότι η παρορμητικότητα ως στοιχείο προσωπικότητας μπορεί να είναι συνέπεια του παιδικού τραύματος, όμως μπορεί να συμβαίνει και αντίστροφα (Braquehais *et al.*, 2010). Η παρορμητικότητα ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας μπορεί να δρα ως παράγων κινδύνου, που ωθεί το άτομο από μικρή ηλικία να προκαλεί βίαιες συμπεριφορές από τα πρόσωπα φροντίδας του, προκειμένου να πειθαρχεί και να ελέγχεται. Η έρευνα μας ήταν συγχρονική μελέτη, επομένως, εντοπίσαμε μια σχέση μεν, αλλά χωρίς να μπορεί να προσδιοριστεί από αυτή και η κατεύθυνση της.

Εξάλλου, από την ανάλυση παλινδρόμησης για τη διερεύνηση της επίδρασης όλων των υπότυπων των κλιμάκων παιδικού τραύματος και παρορμητικότητας στην αυτοκτονικότητα των ασθενών, μόνο η γνωσιακή παρορμητικότητα σχετιζόταν σημαντικά με την αυτοκτονικότητα. Γνωρίζουμε ήδη πως το παιδικό τραύμα και κυρίως η σωματική κακοποίηση επηρεάζουν δυσμενώς τη γνωστική λειτουργικότητα των διπολικών ασθενών (Jimenez *et al.*, 2017). Επομένως, μπορούμε να υποθέσουμε ότι χαμηλή επίδοση στη διατήρηση της προσοχής και στην οργάνωση μπορεί να οδηγήσει ευκολότερα σε μια παρορμητική πράξη, π.χ. αυτοκαταστροφής. Μεγάλη πρόσφατη ανασκόπηση, εξάλλου, επιβεβαιώνει τη συσχέτιση μεταξύ της σωματικής κακοποίησης και της επίδοσης διπολικών ασθενών και υγιών μαρτύρων σε ειδικές και γενικές γνωστικές δοκιμασίες (Dauvermann and Donohoe, 2019).

Επιπλέον, στην παρούσα έρευνα ορίσαμε και μετρήσαμε το χαρακτηριστικό της παρορμητικότητας μέσω της κλίμακας BIS-11 ως στοιχείο προσωπικότητας/ συμπεριφοράς (trait) (Stanford, 2009), και όχι σαν μεμονωμένη αντίδραση σε ένα συγκεκριμένο ερέθισμα (state). Εάν τήν είχαμε ορίσει και μετρήσει με μια νευροψυχολογική δοκιμασία (όπως η SST, “Stop Signal Task”) ίσως να σχετιζόταν



Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα

ισχυρότερα με την κινητική ή την «με έλλειψη σχεδιασμού» παρορμητικότητα.

Χρήζει, επομένως, περαιτέρω διερεύνησης και ερμηνείας η συσχέτιση αυτή.

Πέραν της αυτοαναφερόμενης επίδρασης του παιδικού τραύματος στην ψυχική κατάσταση των ασθενών, υπάρχει και βιολογικό ίχνος του σε όσους έχουν εκτεθεί πρώιμα σε τραυματικές εμπειρίες. Οι μηχανισμοί μέσω των οποίων το παιδικό τραύμα επιδρά στην ανάπτυξη συναισθηματικών διαταραχών και σε χειρότερη κλινική τους εκδήλωση είναι: επιγενετικές τροποποιήσεις γονιδίων, δομικές και λειτουργικές αλλαγές στον εγκέφαλο, καθώς και τα αποτελέσματα της συνεχούς ενεργοποίησης του άξονα υποθάλαμου- υπόφυσης- επινεφριδίων. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο γονίδιο FKBP5, που πιθανά επιδρά στην παθογένεση των συναισθηματικών διαταραχών (Jaworska-Andrzejewska and Rybakowski, 2019). Επίσης, η έκθεση σε πρώιμες κακοποιητικές καταστάσεις επιδρά στο νευρικό σύστημα δημιουργώντας δομικές και λειτουργικές αλλαγές κυρίως στον ιππόκαμπο και την αμυγδαλή και τέτοιες αλλαγές σχετίζονται με την ανάπτυξη διπολικών και καταθλιπτικών διαταραχών (Jaworska-Andrzejewska and Rybakowski, 2019). Επιπρόσθετα, η πρώιμη ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος, που συμβαίνει συνεχώς σε άτομα που εκτίθενται συστηματικά σε κακοποίηση, μπορεί να οδηγήσει τόσο στην ευαισθητοποίηση τελικά του ανοσοποιητικού συστήματος όσο και στην ευαισθητοποίηση της νευροενδοκρινικής αντίδρασης στο στρες, με τις ιντερλευκίνες IL-1, IL-6 και TNF-α να πυροδοτούν την ενεργοποίηση του άξονα υποθάλαμου- υπόφυσης- επινεφριδίων και την κατεχολαμινική απόκριση, η οποία έχει μακροπρόθεσμες συνέπειες στην διαμόρφωση της κλινικής εικόνας των συναισθηματικών διαταραχών (Danese and Lewis, 2017). Επομένως, ο χειρότερος κλινικός φαινότυπος που παρουσιάζουν οι διπολικοί ασθενείς, στον οποίο περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων η αυτοκτονικότητα και

Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα

η υψηλή παρορμητικότητα (Agnew-Blais and Danese, 2016), οφείλεται και στο βιολογικό αποτύπωμα του πρώιμου τραύματος.

## **5. Περιορισμοί της έρευνας**

Στους περιορισμούς της παρούσας έρευνας συγκαταλέγεται ο σχετικά μικρός αριθμός δείγματος. Επιπλέον, η έρευνα μας ήταν συγχρονική μελέτη και προέκυψαν μόνο συσχετίσεις κι όχι αιτιώδεις σχέσεις που να αναδεικνύουν την κατεύθυνση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών.

## **6. Συμπεράσματα**

Καταληκτικά, μελετήσαμε σε πληθυσμό ασθενών με διπολική διαταραχή τον πιθανό διαμεσολαβητικό ρόλο της παρορμητικότητας στην επίδραση του παιδικού τραύματος στην αυτοκτονικότητα, ένα πολύ συχνό χαρακτηριστικό της διπολικής διαταραχής. Βρήκαμε, αρχικά, ότι το παιδικό τραύμα επιδρά στην αυτοκτονικότητα και στην παρορμητικότητα, καθώς και ότι η παρορμητικότητα προβλέπει την αυτοκτονικότητα. Πιο ειδικά, δείχθηκε ότι απ'όλους τους υπότυπους των κλιμάκων η σωματική κακοποίηση και η γνωσιακή παρορμητικότητα προβλέπουν την αυτοκτονικότητα. Από τις αναλύσεις διαμεσολάβησης φάνηκε πως η επίδραση του παιδικού τραύματος στην αυτοκτονικότητα διαμεσολαβούνταν πλήρως από την επίδραση της παρορμητικότητας, ενώ η επίδραση της σωματικής κακοποίησης στην αυτοκτονικότητα μερικώς από τη γνωσιακή παρορμητικότητα. Σε κάθε περίπτωση, η παρορμητικότητα αναδείχθηκε ως ένας από τους παράγοντες εκείνους που εξηγούν μερικώς τουλάχιστον την επίδραση κάποιας μορφής πρώιμης κακοποίησης στην αυτοκτονικότητα των ασθενών με διπολική διαταραχή.

## Πίνακες

<b>Πίνακας 1α. Κλινικά και κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών με Διπολική Διαταραχή [N=78]</b>	
<b>Φύλο [N (%)]</b>	
Γυναίκες	47 (60.26)
<b>Ηλικία [σε έτη, μέσος±ΣΑ (εύρος)]</b>	47 ±11.27 (23-78)
<b>Διάγνωση [N (%)]</b>	
Διπολική Διαταραχή I	53 (67.9)
Διπολική Διαταραχή II	25 (32.1)
<b>Οικογενειακή Κατάσταση [N (%)]</b>	
Έγγαμος-η	25 (32.1)
Άγαμος-η	25 (32.1)
Διαζευγμένος-η	25 (32.1)
Χήρος-α	3 (3.8)
<b>Επάγγελματική κατάσταση [N (%)]</b>	
Εργαζόμενος	33 (42.3)
Άνεργος	31 (39.7)
Συνταξιούχος	14 (17.9)
<b>Επαγγελματική κατάσταση [N (%)]</b>	
Εργάτης	11 (14.1)
Υπάλληλος	16 (20.5)
Ελεύθερος επαγγελματίας	14 (17.9)
Κατώτερο στέλεχος	18 (23.1)
Ανώτερο στέλεχος	14 (17.9)
Κανένα	5 ( 6.4)

## Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα

<b>Πίνακας 1β.</b> Αποτελέσματα ψυχομετρικής διερεύνησης [μέσος όρος±ΣΑ (εύρος)] όλων των κλιμάκων και των υποκλιμάκων των ασθενών με διπολική διαταραχή [N=78]	
	Μέσος όρος±ΣΑ (εύρος)
<b>ETI-SR-SF (Συνολικό σκορ)</b>	0.28±0.18 (0-0.74)
Γενικό τραύμα	0.24±0.18 (0-0.73)
Σωματική κακοποίηση	0.41±0.28 (0-1)
Συναισθηματική κακοποίηση	0.48±0.38 (0-1)
Σεξουαλική κακοποίηση	0.10±0.17 (0-0.83)
<b>BIS-11 (Συνολικό σκορ)</b>	2.14±0.33 (1.33-2.87)
Γνωσιακή παρορμητικότητα	2.03±0.50 (1.25-3.25)
Κινητική παρορμητικότητα	1.97±0.35 (1.36-2.82)
Παρορμητικότητα με έλλειψη σχεδιασμού	2.39±0.42 (1.36-3.18)
<b>SBQ-R (Αυτοκτονικότητα)</b>	6.94±3.78 (3-17)
Για όλες τις κλίμακες- πλην της κλίμακας αυτοκτονικότητας- παρουσιάζεται ο μέσος όρος διαιρεμένος δια του συνολικού αριθμού λημμάτων κάθε κλίμακας/ υποκλίμακας	

<b>Πίνακας 2.</b> Μοντέλα πολλαπλών γραμμικών παλινδρομήσεων για την επίδραση του συνολικού σκορ ETI-SR-SF και του συνολικού σκορ της BIS-11 στην SBQ-R (μοντέλα 1 και 3, αντίστοιχα) καθώς και για την επίδραση του συνολικού σκορ ETI-SR-SF στην BIS-11 (μοντέλο 2), διορθώνοντας για φύλο, ηλικία, διάγνωση (ΔΔ-I, ΔΔ-II) [N=78]		
	Συντελεστής b	p- τιμή
Μοντέλο 1: ETI-SR-SF → SBQ-R	0.274	<b>0.004</b>
Μοντέλο 2: ETI-SR-SF → BIS-11	0.911	<b>&lt;0.001</b>
Μοντέλο 3: BIS-11 → SBQ-R	0.143	<b>0.001</b>
Στατιστικά σημαντικά και σημειωμένα με έντονους χαρακτήρες είναι τα αποτελέσματα με τιμή p< 0.05.		

## Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα

**Πίνακας 3.** Πίνακας αποτελεσμάτων πολλαπλών γραμμικών παλινδρομήσεων για την επίδραση του συνολικού σκορ του ETI-SR-SF στο SBQ-R χωρίς (Μοντέλο 1) ή με (Μοντέλο 4) την ταυτόχρονη επίδραση του συνολικού σκορ της BIS-11, διορθώνοντας για φύλο, ηλικία, διάγνωση (ΔΔ-I, ΔΔ-II) [N=78]

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Μοντέλο 1		Μοντέλο 4	
	Συντελεστής b	p- τιμή	Συντελεστής b	p- τιμή
Φύλο	0.029	0.973	-.031	0.970
Ηλικία	0.013	0.735	-.015	0.696
Διάγνωση	1.814	0.050	1.863	<b>0.037</b>
Συνολικό σκορ ETI-SR-SF	0.273	<b>0.004</b>	0.172	0.077
Συνολικό σκορ BIS-11	-	-	0.111	<b>0.011</b>

Στατιστικά σημαντικά και σημειωμένα με έντονους χαρακτήρες είναι τα αποτελέσματα με τιμή  $p < 0.05$ .

**Πίνακας 4.** Διερεύνηση της άμεσης, έμμεσης και συνολικής επίδρασης του φύλου, της ηλικίας, της διάγνωσης και του συνολικού σκορ του ETI-SR-SF στο SBQ-R με τη διαμεσολάβηση του συνολικού σκορ της BIS-11 στα μοντέλα 1 και 4 του Πίνακα 3 [N=78]

Μοντέλο Δομικών Εξισώσεων 1	Άμεση επίδραση (Α)		Έμμεση επίδραση (Ε)		Συνολική επίδραση (Σ)		Ε/Σ
	St.est.	p- τιμή	St.est.	p-τιμή	St.est.	p-τιμή	
Φύλο → (συνολικό BIS-11) → SBQ-R	-0.004	0.945	0.008	0.647	0.004	0.978	2.000
Ηλικία → (συνολικό BIS-11) → SBQ-R	-0.045	0.678	0.084	<b>0.010</b>	0.039	0.741	2.154
Διάγνωση → (συνολικό BIS-11) → SBQ-R	0.232	<b>0.027</b>	-0.006	0.772	0.226	<b>0.048</b>	-0.027
Συνολικό ETI-SR-SF → (συνολικό BIS-11) → SBQ-R	0.217	0.078	0.128	<b>0.003</b>	0.345	<b>0.005</b>	0.371

Στατιστικά σημαντικά και σημειωμένα με έντονους χαρακτήρες είναι τα αποτελέσματα με τιμή  $p < 0.05$ . Αναγράφονται οι σταθμισμένοι συντελεστές (st. est.) beta.

## Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα

**Πίνακας 5.** Πίνακας αποτελεσμάτων πολλαπλών γραμμικών παλινδρομήσεων για την επίδραση του φύλου, της ηλικίας, της διάγνωσης (ΔΔ-I, ΔΔ-II), των υποκλιμάκων του ETI-SR-SF και των υποκλιμάκων της BIS-11 στο SBQ-R με τη μέθοδο ENTER (Μοντέλο 5) και τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης/ STEPWISE (Μοντέλο 6) [N=78]

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Μοντέλο 5		Μοντέλο 6	
	Συντελεστής b	p- τιμή	Συντελεστής b	p- τιμή
Φύλο	-0.284	0.722	-	-
Ηλικία	0.013	0.739	-	-
Διάγνωση	1.632	0.065	1.653	<b>0.031</b>
Γενικό τραύμα	0.040	0.861	-	-
Σωματική Κακοποίηση	0.854	<b>0.012</b>	0.720	<b>0.008</b>
Συναισθηματική Κακοποίηση	-0.182	0.477	-	-
Σεξουαλική Κακοποίηση	0.124	0.764	-	-
Κινητική παρορμητικότητα	-0.036	0.764	-	-
Γνωσιακή παρορμητικότητα	0.460	<b>&lt;0.001</b>	0.374	<b>&lt;0.001</b>
Με έλλειψη σχεδιασμού παρορμητικότητα	-0.127	0.187	-	-
Στατιστικά σημαντικά και σημειωμένα με έντονους χαρακτήρες είναι τα αποτελέσματα με τιμή $p < 0.05$ .				

**Πίνακας 6.** Πίνακας αποτελεσμάτων πολλαπλών γραμμικών παλινδρομήσεων για την επίδραση της σωματικής κακοποίησης στο SBQ-R χωρίς (Μοντέλο 7) ή με (Μοντέλο 8) την ταυτόχρονη επίδραση της γνωσιακής παρορμητικότητας, διορθώνοντας για φύλο, ηλικία, διάγνωση (ΔΔ-I, ΔΔ-II) [N=78]

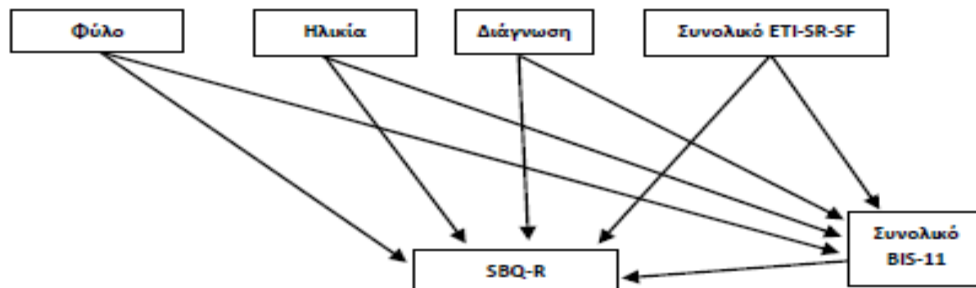
Ανεξάρτητες μεταβλητές	Μοντέλο 7		Μοντέλο 8	
	Συντελεστής b	p- τιμή	Συντελεστής b	p- τιμή
Φύλο	-0.209	0.796	-0.167	0.821
Ηλικία	0.009	0.808	-0.005	0.889
Διάγνωση	2.109	<b>0.017</b>	1.711	<b>0.035</b>
Σωματική Κακοποίηση	1.069	<b>&lt;0.001</b>	0.703	<b>0.013</b>
Γνωσιακή παρορμητικότητα	-	-	0.376	<b>&lt;0.001</b>
Στατιστικά σημαντικά και σημειωμένα με έντονους χαρακτήρες είναι τα αποτελέσματα με τιμή $p < 0.05$ .				

**Πίνακας 7.** Διερεύνηση της άμεσης, έμμεσης και συνολικής επίδρασης του φύλου, της ηλικίας, της διάγνωσης και της σωματικής κακοποίησης στο SBQ-R με τη διαμεσολάβηση της γνωσιακής παρορμητικότητας στα μοντέλα 7 και 8 του Πίνακα 6 [N=78]

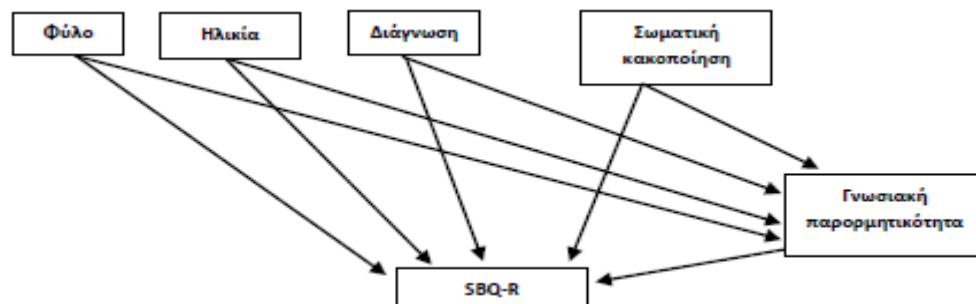
Μοντέλο Δομικών Εξισώσεων 2	Άμεση επίδραση (A)		Έμμεση επίδραση (E)		Συνολική επίδραση (Σ)		E/Σ
	St.est.	p- τιμή	St.est.	p- τιμή	St.est.	p- τιμή	
Φύλο → (Γνωσιακή παρορμητικότητα) → SBQ-R	-0.022	0.837	-0.005	0.948	-0.027	0.814	0.185
Ηλικία → (Γνωσιακή παρορμητικότητα) → SBQ-R	-0.14	0.783	0.041	0.300	0.027	0.895	1.519
Διάγνωση → (Γνωσιακή παρορμητικότητα) → SBQ-R	0.213	<b>0.018</b>	0.050	0.307	0.262	<b>0.017</b>	0.191
Σωματική κακοποίηση → (Γνωσιακή παρορμητικότητα) → SBQ-R	0.260	<b>0.013</b>	0.135	<b>0.002</b>	0.395	<b>0.003</b>	0.342

Στατιστικά σημαντικά και σημειωμένα με έντονους χαρακτήρες είναι τα αποτελέσματα με τιμή  $p < 0.05$ . Αναγράφονται οι σταθμισμένοι συντελεστές (st. est.) beta

## Σχήματα



**Σχήμα 1.** Σχήμα για την παρουσίαση της άμεσης, έμμεσης με τη διαμεσολάβηση της παρορμητικότητας και συνολικής επίδρασης του συνολικού σκορ της ETI-SR-SF, της ηλικίας, του φύλου και της διάγνωσης (ΔΔ-I, ΔΔ-II) στην αυτοκτονικότητα (SBQ-R).



**Σχήμα 2.** Σχήμα για την παρουσίαση της άμεσης, έμμεσης με τη διαμεσολάβηση της γνωσιακής παρορμητικότητας και συνολικής επίδρασης της ηλικίας, του φύλου, της διάγνωσης (ΔΔ-I, ΔΔ-II) και της σωματικής κακοποίησης στην αυτοκτονικότητα (SBQ-R).

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 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.
- Antonopoulou, Z., Konstantakopoulos, G., Tazunieri-Coccosis, M. & Sinodinou, C.** (2017). Rates of childhood trauma in a sample of university students in Greece: The Greek version of the Early Trauma Inventory-Self Report. *Psychiatriki* **28**, 19-27.
- 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.
- Braquehais, M. D., Oquendo, M. A., Baca-Garcia, E. & Sher, L.** (2010). Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide? *Compr Psychiatry* **51**, 121-9.
- 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.
- 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.
- Costa Lda, S., Alencar, A. P., Nascimento Neto, P. J., dos Santos Mdo, S., da Silva, C. G., Pinheiro Sde, F., Silveira, R. T., Bianco, B. A., Pinheiro, R. F., Jr., de Lima, M. A., Reis, A. O. & Rolim Neto, M. L.** (2015). Risk factors for suicide in bipolar disorder: a systematic review. *J Affect Disord* **170**, 237-54.
- Danese, A. & Lewis, J. S.** (2017). Psychoneuroimmunology of Early-Life Stress: The Hidden Wounds of Childhood Trauma? *Neuropsychopharmacology* **42**, 99-114.
- 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.
- Dauvermann, M. R. & Donohoe, G.** (2019). The role of childhood trauma in cognitive performance in schizophrenia and bipolar disorder - A systematic review. *Schizophr Res Cogn* **16**, 1-11.
- Ekinci, O., Albayrak, Y., Ekinci, A. E. & Caykoylu, A.** (2011). Relationship of trait impulsivity with clinical presentation in euthymic bipolar disorder patients. *Psychiatry Res* **190**, 259-64.
- Etain, B., Aas, M., Andreassen, O. A., Lorentzen, S., Dieset, I., Gard, S., Kahn, J. P., Bellivier, F., Leboyer, M., Melle, I. & Henry, C.** (2013a). Childhood trauma is associated with severe clinical characteristics of bipolar disorders. *J Clin Psychiatry* **74**, 991-8.
- 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.** (2017). Childhood trauma, dimensions of psychopathology and the clinical expression of bipolar disorders: A pathway analysis. *J Psychiatr Res* **95**, 37-45.
- Etain, B., Mathieu, F., Liquet, S., Raust, A., Cochet, B., Richard, J. R., Gard, S., Zanouy, L., Kahn, J. P., Cohen, R. F., Bougerol, T., Henry, C., Leboyer, M. & Bellivier, F.** (2013b). Clinical features associated with trait-impulsiveness in euthymic bipolar disorder patients. *J Affect Disord* **144**, 240-7.
- Garno, J. L., Goldberg, J. F., Ramirez, P. M. & Ritzler, B. A.** (2005). Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry* **186**, 121-5.
- Gilbert, A. M., Garno, J. L., Braga, R. J., Shaya, Y., Goldberg, T. E., Malhotra, A. K. & Burdick, K. E.** (2011). Clinical and cognitive correlates of suicide attempts in bipolar disorder: is suicide predictable? *J Clin Psychiatry* **72**, 1027-33.
- Giotakos, O., Markianos, M., Vaidakis, N. & Christodoulou, G. N.** (2003). Aggression, impulsivity, plasma sex hormones, and biogenic amine turnover in a forensic population of rapists. *J Sex Marital Ther* **29**, 215-25.
- Gvion, Y. & Apter, A.** (2011). Aggression, impulsivity, and suicide behavior: a review of the literature. *Arch Suicide Res* **15**, 93-112.



- Hamilton, M.** (1960). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* **23**, 56-62.
- 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.
- Jaworska-Andrzejewska, P. & Rybakowski, J. K.** (2019). Childhood trauma in mood disorders: Neurobiological mechanisms and implications for treatment. *Pharmacol Rep* **71**, 112-120.
- 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.
- Johnson, S. L., Carver, C. S. & Tharp, J. A.** (2017). Suicidality in Bipolar Disorder: The Role of Emotion-Triggered Impulsivity. *Suicide Life Threat Behav* **47**, 177-192.
- 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.
- Latalova, K., Kamaradova, D. & Prasko, J.** (2014). Suicide in bipolar disorder: a review. *Psychiatr Danub* **26**, 108-14.
- Liu, R. T.** (2018). Childhood Maltreatment and Impulsivity: A Meta-Analysis and Recommendations for Future Study. *J Abnorm Child Psychol*.
- Mahon, K., Burdick, K. E., Wu, J., Ardekani, B. A. & Szeszko, P. R.** (2012). Relationship between suicidality and impulsivity in bipolar I disorder: a diffusion tensor imaging study. *Bipolar Disord* **14**, 80-9.
- Marwaha, S., Briley, P. M., Perry, A., Rankin, P., DiFlorio, A., Craddock, N., Jones, I., Broome, M., Gordon-Smith, K. & Jones, L.** (2019). Explaining why childhood abuse is a risk factor for poorer clinical course in bipolar disorder: a path analysis of 923 people with bipolar I disorder. *Psychol Med*, 1-9.
- Matsuo, K., Nielsen, N., Nicoletti, M. A., Hatch, J. P., Monkul, E. S., Watanabe, Y., Zunta-Soares, G. B., Nery, F. G. & Soares, J. C.** (2010). Anterior genu corpus callosum and impulsivity in suicidal patients with bipolar disorder. *Neurosci Lett* **469**, 75-80.
- McCoy, M.L., Keen, S.M.,** (2013). *Child Abuse and Neglect* (2 ed.). New York: Psychology Press. pp. 3–22
- McIntyre, R. S., Soczynska, J. K., Mancini, D., Lam, C., Woldeyohannes, H. O., Moon, S., Konarski, J. Z. & Kennedy, S. H.** (2008). The relationship between childhood abuse and suicidality in adult bipolar disorder. *Violence Vict* **23**, 361-72.
- Michaelis, B. H., Goldberg, J. F., Davis, G. P., Singer, T. M., Garno, J. L. & Wenzel, S. J.** (2004). Dimensions of impulsivity and aggression associated with suicide attempts among bipolar patients: a preliminary study. *Suicide Life Threat Behav* **34**, 172-6.
- Oquendo, M. A., Waternaux, C., Brodsky, B., Parsons, B., Haas, G. L., Malone, K. M. & Mann, J. J.** (2000). Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. *J Affect Disord* **59**, 107-17.
- Osman, B., Gutierrez, Konick, Kopper, Barrios** (2001). Suicidal Behaviours Questionnaire- Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples *Psychological Assessment* **8**, 443-454.
- Ostacher, M. J., Lebeau, R. T., Perlis, R. H., Nierenberg, A. A., Lund, H. G., Moshier, S. J., Sachs, G. S. & Simon, N. M.** (2009). Cigarette smoking is associated with suicidality in bipolar disorder. *Bipolar Disord* **11**, 766-71.
- Parmentier, C., Etain, B., Yon, L., Misson, H., Mathieu, F., Lajnef, M., Cochet, B., Raust, A., Kahn, J. P., Wajsbrot-Elgrabli, O., Cohen, R., Henry, C., Leboyer, M. & Bellivier, F.** (2012). Clinical and dimensional characteristics of euthymic bipolar patients with or without suicidal behavior. *Eur Psychiatry* **27**, 570-6.

- Patton, J. H., Stanford, M. S. & Barratt, E. S.** (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* **51**, 768-74.
- Perroud, N., Baud, P., Mouthon, D., Courtet, P. & Malafosse, A.** (2011). Impulsivity, aggression and suicidal behavior in unipolar and bipolar disorders. *J Affect Disord* **134**, 112-8.
- Pu, S., Setoyama, S. & Noda, T.** (2017). Association between cognitive deficits and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Sci Rep* **7**, 11637.
- Richard-Lepouriel, H., Kung, A. L., Hasler, R., Bellivier, F., Prada, P., Gard, S., Ardu, S., Kahn, J. P., Dayer, A., Henry, C., Aubry, J. M., Leboyer, M., Perroud, N. & Etain, B.** (2019). Impulsivity and its association with childhood trauma experiences across bipolar disorder, attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *J Affect Disord* **244**, 33-41.
- 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** 22-33, 34-57.
- Stanford** (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Individual and Personality Differences* **47**, 385–395.
- Sublette, M., Carballo, J. J., Moreno, C., Galfalvy, H. C., Brent, D. A., Birmaher, B., John Mann, J. & Oquendo, M. A.** (2009). Substance use disorders and suicide attempts in bipolar subtypes. *J Psychiatr Res* **43**, 230-8.
- 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.
- Swann, A. C., Dougherty, D. M., Pazzaglia, P. J., Pham, M., Steinberg, J. L. & Moeller, F. G.** (2005). Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* **162**, 1680-7.
- Swann, A. C., Lijffijt, M., Lane, S. D., Steinberg, J. L. & Moeller, F. G.** (2009). Increased trait-like impulsivity and course of illness in bipolar disorder. *Bipolar Disord* **11**, 280-8.
- Swann, A. C., Moeller, F. G., Steinberg, J. L., Schneider, L., Barratt, E. S. & Dougherty, D. M.** (2007). Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. *Bipolar Disord* **9**, 206-12.
- Watkins, H. B. & Meyer, T. D.** (2013). Is there an empirical link between impulsivity and suicidality in bipolar disorders? A review of the current literature and the potential psychological implications of the relationship. *Bipolar Disord* **15**, 542-58.
- Xie, P., Wu, K., Zheng, Y., Guo, Y., Yang, Y., He, J., Ding, Y. & Peng, H.** (2018). Prevalence of childhood trauma and correlations between childhood trauma, suicidal ideation, and social support in patients with depression, bipolar disorder, and schizophrenia in southern China. *J Affect Disord* **228**, 41-48.
- Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E. & Meyer, D. A.** (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* **133**, 429-35.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. In (Anonymous). 2006.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

**Ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς του πρώιμου τραύματος- σύντομη μορφή (Early Trauma Inventory - Self-Report – Short Form (ETI-SR-SF))**

Μερικές φορές οι άνθρωποι έχουν εμπειρίες που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως στρεσογόνες. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει σχεδιαστεί για την εκτίμηση αρνητικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας που μπορεί να έχουν αντίκτυπο στη ζωή σας ως ενήλικες τώρα. Παρακαλούμε να απαντήσετε, εάν είχατε ποτέ πριν από την ηλικία των 18 ετών μία ή περισσότερες από τις εμπειρίες που αναφέρονται παρακάτω, **βάζοντας για κάθε ερώτηση σε κύκλο το ΝΑΙ ή το ΟΧΙ.**

Στις περιπτώσεις που είχατε μία ή περισσότερες από τις εμπειρίες που αναφέρονται στη συνέχεια, σας παρακαλούμε, εκτός από το ΝΑΙ, να σημειώνετε και πόσο συχνά είχατε την ή τις συγκεκριμένες εμπειρίες κυκλώνοντας την αντίστοιχη απάντηση.

**Μέρος 1. Τραυματικές εμπειρίες ποικίλης αιτιολογίας (Πριν από την ηλικία των 18 ετών).**

		Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;			
1. Έχετε ποτέ εκτεθεί σε μια φυσική καταστροφή απειλητική για τη ζωή σας;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά
2. Έχετε ποτέ εμπλακεί σε σοβαρό ατύχημα;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά
3. Έχετε ποτέ υποστεί σοβαρό τραυματισμό ή ασθένεια;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά
4. Είχατε ποτέ την εμπειρία θανάτου ή σοβαρής ασθένειας ενός γονέα ή του προσώπου που είχε τη φροντίδα σας όταν ήσασταν παιδί;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά
5. Είχατε ποτέ την εμπειρία διαζυγίου ή χωρισμού των γονέων σας;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά
6. Είχατε ποτέ την εμπειρία θανάτου ή σοβαρού τραυματισμού ενός αδελφού ή αδελφής;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά
7. Είχατε ποτέ την εμπειρία θανάτου ή σοβαρού τραυματισμού ενός φίλου σας;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά
8. Υπήρξατε ποτέ μάρτυρας βίαιης συμπεριφοράς απέναντι σε άλλους, συμπεριλαμβανομένων και των μελών της οικογένειάς σας;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά
9. Υπέφερε ποτέ κάποιο μέλος της οικογένειάς σας από διανοητική ή ψυχιατρική ασθένεια ή είχε υποστεί νευρικό κλονισμό;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά
10. Είχαν οι γονείς σας ή το άτομο που σας φρόντιζε όταν ήσασταν παιδί προβλήματα αλκοολισμού ή κατά-χρήσης ουσιών;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά
11. Έχετε ποτέ δει κάποιον να δολοφονείται;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

**Μέρος 2. Τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία. (Πριν από την ηλικία των 18 ετών).**

		Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;			
1. Σας έχουν ποτέ χαστουκίσει;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά
2. Σας έχουν ποτέ κάψει με καυτό νερό, με τσιγάρο ή με κάτι άλλο;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

## Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα

3. Σας έχουν ποτέ γρονθοκοπήσει ή κλωτσήσει;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά
4. Σας έχουν ποτέ χτυπήσει εκσφενδονίζοντας κατά πάνω σας ένα αντικείμενο;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά
5. Σας έχουν ποτέ σπρώξει ή παραμερίσει επίτηδες ;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

**Μέρος 3. Τραυματικές εμπειρίες από συναισθηματική κακοποίηση. (Πριν από την ηλικία των 18 ετών).**

		Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;			
1. Σας ταπείνωναν συχνά ή σας γελοιοποιούσαν;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά
2. Σας αγνοούσαν συχνά ή σας έκαναν να αισθανθείτε ότι δεν αξίζετε;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά
3. Σας έλεγαν συχνά ότι δεν είσαστε καλός/ή σε κάτι;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά
4. Σας μεταχειρίζονταν συνήθως με ψυχρό και αδιάφορο τρόπο ή σας έκαναν να αισθάνεστε ότι δεν σας αγαπούν;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά
5. Οι γονείς σας ή τα άτομα που είχαν τη φροντίδα σας όταν ήσασταν παιδί δεν κατάφερναν συχνά να σας καταλάβουν ή να αντιληφθούν τις ανάγκες σας;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

**Μέρος 4. Τραυματικές εμπειρίες από σεξουαλική κακοποίηση ή παρενόχληση. (Πριν από την ηλικία των 18 ετών).**

		Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά;			
1. Σας έτυχε ποτέ να σας αγγίζουν σε ένα απόκρυφο μέρος του σώματός σας (π.χ. στο στήθος, στους μηρούς, στα γεννητικά όργανα), με έναν τρόπο που σας ξάφνιασε ή που σας έκανε να αισθανθείτε άβολα;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά
2. Σας έτυχε ποτέ να «τρίψει» κάποιος τα γεννητικά του όργανα επάνω σας;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά
3. Σας εξανάγκασαν ποτέ να αγγίξετε ένα άλλο άτομο σε απόκρυφα μέρη του σώματός του;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά
4. Σας έτυχε ποτέ να συνουσιαστείτε με κάποιον, παρά τη θέλησή σας;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά
5. Εξαναγκαστήκατε ποτέ να κάνετε στοματικό σεξ σε κάποιον, παρά τη θέλησή σας;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά
6. Εξαναγκαστήκατε ποτέ να φιλήσετε κάποιον, με τρόπο περισσότερο σεξουαλικό παρά στοργικό;	OXI	NAI	Μία ή δύο φορές	Μερικές φορές	Συχνά

**SBQ-R**

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

**Οδηγίες συμπλήρωσης:** Παρακαλείσθε να σημειώσετε με  $\surd$  το κουτάκι δίπλα στον αριθμό με τη δήλωση ή τη φράση που αφορά καλύτερα σε εσάς.

1. Έχετε ποτέ σκεφτεί ή έχετε προσπαθήσει να αυτοκτονήσετε; (Σημειώνετε μόνο μία απάντηση)
  - 1. Ποτέ
  - 2. Ήταν μόνο μία σύντομη παροδική σκέψη
  - 3a. Έχω σχεδιάσει να αυτοκτονήσω τουλάχιστον μία φορά, αλλά δεν έκανα απόπειρα
  - 3b. Έχω σχεδιάσει να αυτοκτονήσω τουλάχιστον μία φορά και ήθελα πραγματικά να πεθάνω
  - 4a. Έχω κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, αλλά δεν ήθελα να πεθάνω
  - 4b. Έχω κάνει απόπειρα αυτοκτονίας και πραγματικά ήλπιζα να πεθάνω
  
2. Πόσο συχνά είχατε σκέψεις αυτοκτονίας τον τελευταίο χρόνο; (Σημειώνετε μόνο μία απάντηση)
  - 1. Ποτέ
  - 2. Σπάνια (1 φορά)
  - 3. Μερικές φορές (2 φορές)
  - 4. Συχνά (3-4 φορές)
  - 5. Πολύ συχνά (5 ή περισσότερες φορές)
  
3. Έχετε πει ποτέ σε κανέναν ότι σχεδιάζατε να κάνετε απόπειρα αυτοκτονίας ή ότι υπήρχε πιθανότητα να το κάνετε; (Σημειώνετε μόνο μία απάντηση)
  - 1. Όχι
  - 2a. Ναι, μία φορά, αλλά δεν ήθελα πραγματικά να πεθάνω
  - 2b. Ναι, μία φορά, και ήθελα πραγματικά να πεθάνω
  - 3a. Ναι, περισσότερες από μία φορές, αλλά δεν ήθελα να κάνω απόπειρα
  - 3b. Ναι, περισσότερες από μία φορές, και ήθελα πραγματικά να κάνω απόπειρα
  
4. Πόσο πιθανό το θεωρείτε να κάνετε απόπειρα αυτοκτονίας κάποια στιγμή στο μέλλον; (Σημειώνετε μόνο μία απάντηση)
  - 0. Ποτέ
  - 1. Καθόλου πιθανό
  - 2. Μάλλον μη-πιθανό
  - 3. Μη-πιθανό
  - 4. Πιθανό
  - 5. Αρκετά πιθανό
  - 6. Πολύ πιθανό

## Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα

### BIS-11

Όνοματεπώνυμο:..... Ημερομηνία:.....

*Οδηγίες:* Οι άνθρωποι διαφέρουν στον τρόπο που συμπεριφέρονται και σκέπτονται σε διάφορες καταστάσεις της ζωής τους. Οι παρακάτω 30 φράσεις αντιπροσωπεύουν ορισμένους τρόπους συμπεριφοράς και σκέψης. Διαβάστε κάθε φράση προσεκτικά και βάλτε ένα σταυρό στη στήλη που σας αντιπροσωπεύει (Ποτέ – Σπάνια / Περιστασιακά / Συχνά/ Πάντα). Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις, γι' αυτό απαντήστε γρήγορα.

		Ποτέ - Σπάνια	Περιστασιακά	Συχνά	Πάντα
1	Προγραμματίζω τις δουλειές μου με προσοχή				
2	Κάνω πράγματα χωρίς να τα σκεφθώ				
3	Παίρνω γρήγορα αποφάσεις				
4	Είμαι ανέμελος				
5	Είμαι απρόσεκτος				
6	Σκέπτομαι πολύ γρήγορα				
7	Σχεδιάζω τα ταξίδια μου καιρό πριν τα πραγματοποιήσω				
8	Αυτοελέγχομαι				
9	Συγκεντρώνω τη σκέψη μου εύκολα				
10	Κάνω οικονομία				
11	Χάνω την υπομονή μου στις παραστάσεις ή στις ομιλίες				
12	Σκέπτομαι προσεκτικά				
13	Προγραμματίζω σωστά, για να έχω μελλοντικά σίγουρη δουλειά				
14	Μιλώ χωρίς να σκέπτομαι				
15	Μου αρέσει να σκέπτομαι πολύπλοκα προβλήματα				
16	Μου αρέσει να αλλάζω δουλειές				
17	Ενεργώ χωρίς σκέψη και προγραμματισμό				
18	Νοιώθω εύκολα πλήξη όταν έχω να επιλύσω σύνθετα προβλήματα				
19	Όταν συμβεί κάτι ενεργώ αμέσως				
20	Είμαι σταθερός στις απόψεις μου				

Παιδικό τραύμα, αυτοκτονικότητα και παρορμητικότητα

21	Αλλάζω συχνά τόπο διαμονής				
22	Αγοράζω πράγματα παρορμητικά				
23	Δεν μπορώ να σκέπτομαι για πολλά πράγματα την ίδια στιγμή				
24	Αλλάζω συχνά δραστηριότητες (χόμπυ)				
25	Ξοδεύω περισσότερα από όσα κερδίζω				
26	Αποσπώμαι εύκολα όταν σκέφτομαι				
27	Με ενδιαφέρει περισσότερο το παρόν από το μέλλον				
28	Όταν παρακολουθώ παραστάσεις ή ομιλίες, νιώθω ανησυχία				
29	Μου αρέσει να λύνω σταυρόλεξα ή πάζλ				
30	Κάνω σχέδια για το μέλλον				