

# Trauma precoce e transtornos de humor em jovens

Early trauma and mood disorders in youngsters

CAROLINE ELIZABETH KONRADT<sup>1</sup>, KAREN JANSEN<sup>1</sup>, PEDRO VIEIRA DA SILVA MAGALHÃES<sup>2</sup>, RICARDO TAVARES PINHEIRO<sup>1</sup>, FLÁVIO PEREIRA KAPCZINSKI<sup>2</sup>, RICARDO AZEVEDO DA SILVA<sup>1</sup>, LUCIANO DIAS MATTOS DE SOUZA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), Pelotas, RS, Brasil.

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas – Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

Recebido: 13/7/2012 – Aceito: 18/1/2013

## Resumo

**Objetivo:** Verificar vivências precoces de abuso e negligência na infância entre jovens com transtorno bipolar (TB), transtorno depressivo maior (TDM) e controles populacionais. **Método:** Estudo de caso-controle aninhado a um estudo transversal de base populacional. A confirmação do diagnóstico realizou-se por meio de entrevista clínica estruturada para transtornos de eixo I do DSM-IV (SCID) e os eventos traumáticos foram verificados pelo Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI). **Resultados:** A amostra foi composta por 231 jovens, sendo 95 indivíduos no grupo controle, 82 com TDM e 54 com TB (32 do tipo I e 22 do tipo II). A prevalência de trauma na infância foi de 42,2%, sendo 54,7% entre aqueles com TB, 62,2% entre os jovens com TDM e 18,1% entre o grupo controle. Os jovens com TB ou TDM apresentaram maiores médias no QUESI total e entre seus componentes quando comparados a jovens do grupo controle, exceto o componente abuso sexual, em que se observou diferença estatística apenas entre o grupo controle e o grupo de jovens com transtorno bipolar. **Conclusão:** O relato de vivências traumáticas precoces foi mais presente entre os jovens com transtornos de humor que na população geral, confirmando o que a literatura traz sobre o tema. Nesse sentido, as vivências de trauma na infância parecem contribuir para o aparecimento dos transtornos de humor.

Konradt CE, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2013;40(3):93-6

**Palavras-chave:** Trauma precoce, vivências traumáticas, transtornos de humor, transtorno bipolar, depressão maior.

## Abstract

**Objective:** To verify early experiences of childhood abuse and neglect among young with bipolar disorder (BD), major depression (MDD), and controls. **Method:** Case-control study nested to a population-based cross-sectional study. The diagnosis was performed via the structured clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID). Traumatic events were analyzed using the Portuguese version – *Questionário sobre Traumas na Infância* (QUESI) – based on the Childhood Trauma Questionnaire. **Results:** The sample comprised 231 young adults with 95 individuals in the control group, 82 with MDD and 54 with BD (32 of type I and 22 type II). The prevalence of trauma or violence in childhood was 42.2%; among those, 54.7% had BD, 62.2% had MDD and 18.1% were in the control group. Young people with BD or MDD obtained higher means in total QUESI and among their components when compared with those in the control group. **Discussion:** Reports on early traumatic experiences were more frequent among young people with mood disorders than in the general population, corroborating the literature on the subject. In this sense, the traumatic experiences during childhood seemed to contribute to the onset of the disorder.

Konradt CE, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2013;40(3):93-6

**Keywords:** Early trauma, traumatic experience, mood disorders, bipolar disorder, major depression.

## Introdução

O termo “trauma” vem do grego e significa “ferida”, “furar”<sup>1</sup>. É muito utilizado na área da saúde para identificar as consequências de violência externa<sup>2</sup>. Freud utilizou o conceito de trauma para o plano psíquico, conferindo-lhe o significado de um choque violento capaz de romper a barreira protetora do ego e acarretar perturbações duradouras sobre a organização psíquica do indivíduo<sup>3</sup>. Nesse sentido, o trauma pode referir-se a um único acontecimento externo ou acúmulo deles.

Atualmente, há grande interesse na relação entre vivências traumáticas precoces e transtornos psicóticos primários<sup>4</sup>, particularmente quando se trata de abuso sexual ou físico<sup>5</sup>. Pacientes com história de abuso frequentemente apresentam psicopatologia grave e complexa<sup>6,7</sup>.

Existe forte ligação entre história de abuso emocional na infância e diagnóstico de depressão na vida adulta<sup>8</sup>; 42% dos adultos que sofreram abuso sexual precoce desenvolveram depressão crônica<sup>9</sup>. Há crescente número de estudos longitudinais que relaciona abuso emocional na infância com o desenvolvimento de sintomas e episódios depressivos<sup>10</sup>.

Estudos mostram que eventos traumáticos da infância são frequentemente relatados por pacientes bipolares mais do que por pacientes unipolares<sup>11,12</sup>. Evidências sugerem que uma vivência traumática durante a infância não só predispõe o sujeito ao transtorno bipolar, como modula a expressão clínica da doença e resulta no início mais precoce dela<sup>13</sup>.

Percebe-se que é consensual na literatura a relação entre trauma na infância (principalmente o abuso sexual) e o diagnóstico de transtornos de humor na vida adulta. De acordo com resultados deste estudo, pode-se observar que esse tipo de trauma é mais ocorrente no TB do que na depressão maior e nos controles populacionais. Assim, salienta-se o impacto do abuso sexual precoce sobre diagnóstico de transtorno bipolar ao longo da vida.

Tendo em vista as consequências que um trauma vivido precocemente pode trazer ao indivíduo, é importante dar atenção às diferentes vivências traumáticas e ao que elas podem acarretar, principalmente quando se trata de transtornos de humor. Sendo assim, o objetivo deste estudo é verificar as vivências de traumas precoces e transtornos de humor em jovens.

## Método

Este estudo é um caso-controle aninhado a um estudo transversal de base populacional com adultos jovens<sup>14</sup>. Sumariamente, a amostra foi constituída por 1.560 participantes entre 18-24 anos de idade, residentes da zona urbana da cidade de Pelotas, RS, Brasil.

A seleção da amostra foi realizada por conglomerados no período de agosto de 2007 a dezembro de 2008, considerando uma população de 39.667 pessoas nessa faixa etária segundo o censo atual de 448 setores da cidade<sup>15</sup>. A fim de garantir a inclusão de amostra necessária, 89 setores censitários foram sorteados sistematicamente. Após a identificação da amostra, os sujeitos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e responderam a um questionário que coletou dados sociodemográficos e sobre uso indevido de drogas, bem como participaram de uma entrevista diagnóstica estruturada. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UCPel 96/2006.

Para o presente estudo, buscou-se recrutar todas as pessoas a partir de um estudo de base populacional que apresentaram história passada ou atual de episódio de mania (hipo), de acordo com a entrevista diagnóstica *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), baseada nos critérios do DSM-IV<sup>16</sup>. Seguindo esses critérios, 93 adultos jovens apresentaram história atual ou prévia de transtorno bipolar e dois grupos de controles foram recrutados. O primeiro foi composto por pessoas sem história de transtorno afetivo que foram selecionadas aleatoriamente e pareadas por sexo, idade e classificação econômica, de acordo com a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)<sup>17</sup>. Dessa forma, essa foi uma amostra de controles populacionais. Também foi recrutado um segundo grupo controle, composto por sujeitos que apresentavam depressão atual, mas sem história de mania ou hipomania. Esse foi um grupo de controles ativos.

A fim de melhorar a confiabilidade do diagnóstico, realizou-se uma entrevista clínica estruturada para transtornos de eixo I do DSM-IV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders - SCID*)<sup>18</sup>, utilizada como critério de definição de grupo para este estudo. As entrevistas foram realizadas por duas psicólogas, mestrandas do Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas após treinamento no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A severidade dos sintomas depressivos e dos sintomas maníacos foi verificada por meio das versões validadas para a população brasileira da *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS)<sup>19</sup> e da *Young Mania Rating Scale* (YMRS)<sup>20</sup>.

Além disso, utilizou-se o *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ)<sup>21</sup>, com uma versão adaptada para a população brasileira por Grassi-Oliveira (2006). O Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI) é um inventário autoaplicável que avalia abuso ou negligência durante a infância. Esse instrumento pode ser aplicado em adolescentes (a partir de 12 anos) e em adultos. Ele é composto por 28 itens que investigam cinco componentes traumáticos: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional<sup>22</sup>.

Após codificação e dupla entrada dos dados no programa Epi-Info 6.04d, os instrumentos foram recodificados e analisados no programa Stata 11. Inicialmente, as características sociodemográficas e clínicas da amostra foram apresentadas entre os três grupos por teste Qui-quadrado e ANOVA. A seguir, foi processada a sintaxe do QUESI a fim de gerar as variáveis dos componentes e escore total.

A associação entre os componentes traumáticos e os grupos avaliados foi realizada por teste Qui-quadrado, enquanto o escore total do QUESI foi apresentado por média e desvio-padrão entre os grupos, e as diferenças estatísticas foram mensuradas por ANOVA. Além disso, realizou-se um modelo de regressão linear, ajustado pela sexualidade, idade e escolaridade, com a finalidade de observar a associação entre os escores dos componentes traumáticos e escore total do QUESI entre os grupos diagnósticos.

Para todos os testes de hipótese, foram consideradas associações estatisticamente significativas quando p-valor < 0,05.

## Resultados

No total, 279 jovens foram pareados. Desses, 231 indivíduos (83% da amostra original) participaram da reavaliação, enquanto 27% dos jovens não foram localizados ou recusaram-se a participar do estudo. Sendo assim, após confirmação do diagnóstico, a amostra foi distribuída da seguinte forma: 95 indivíduos no grupo controle, 82 com TDM e 54 com TB (32 do tipo I e 22 do tipo II).

A tabela 1 apresenta informações sociodemográficas e clínicas da amostra de acordo com o grupo diagnóstico. Assim, pode-se perceber que é maior a prevalência de mulheres entre os grupos diagnósticos do que no grupo controle (p = 0,012). A idade, a classificação econômica e a escolaridade foram equivalentes entre os grupos diagnósticos (p > 0,05).

Na tabela 2, encontram-se as médias dos componentes do QUESI entre os três grupos, em que jovens com TDM ou TB obtiveram médias similares entre a maioria dos componentes e estatisticamente diferentes do grupo controle, exceto no componente abuso sexual, que obteve diferença estatística somente entre o grupo controle e o grupo de jovens com TB.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas e clínicas da amostra de acordo com o grupo diagnóstico

	Controle populacional (n = 95)	Depressão maior (n = 82)	Transtorno bipolar (n = 54)	P-valor
Idade*	22,4 ± 2,2	21,8 ± 2,0	21,8 ± 2,2	0,108
Sexo feminino**	57,4 (54)	76,8 (63)	74,5 (41)	0,012
Escolaridade (anos de estudo)*	9,7 ± 3,1	8,8 ± 2,7	8,8 ± 3,5	0,173
Classificação econômica (D ou E)**	13,8 (13)	22,0 (18)	14,5 (8)	0,320
Sintomas depressivos (HAM-D)*	1,55 ± 3,4	12,8 ± 7,7	14,6 ± 8,6	0,000
Sintomas maníacos (YMRS)*	0,2 ± 1,0	0,5 ± 1,7	4,8 ± 6,9	0,000
Internações anteriores**	1,1 (1)	6,1 (5)	9,1 (5)	0,066

\* Média e desvio-padrão, teste ANOVA.

\*\* Frequência relativa e absoluta, teste Qui-Quadrado.

**Tabela 2.** Média e desvio-padrão do Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI) total e de seus componentes

QUESI	Controle populacional	Depressão maior	Transtorno bipolar	P-valor
Negligência física*	4,80 ± 1,81	6,35 ± 2,90	6,01 ± 3,22	0,000
Negligência emocional*	12,50 ± 3,40	14,3 ± 4,54	14,28 ± 4,60	0,005
Abuso sexual**	0,32 ± 1,90	0,62 ± 1,60	1,56 ± 3,87	0,013
Abuso físico*	1,21 ± 2,35	2,35 ± 3,15	3,55 ± 4,88	0,000
Abuso emocional*	2,63 ± 3,40	6,03 ± 4,15	7,53 ± 5,53	0,000

\* Diferença significativa por meio do teste Bonferroni entre o grupo controle e os grupos de jovens com depressão e transtorno bipolar.

\*\* Diferença significativa por meio do teste Bonferroni entre o grupo controle e o grupo de jovens com transtorno bipolar, porém sem diferença entre o grupo controle e depressão.

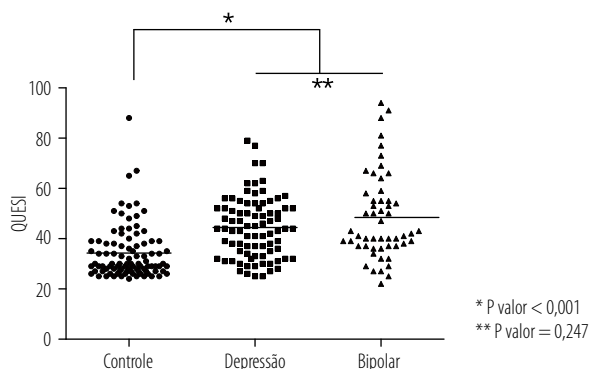
Após a análise ajustada por sexo, idade e escolaridade dos participantes, todos os domínios avaliados pela escala de trauma apresentaram associação significativa em relação à presença de TDM e TB (Tabela 3).

A figura 1 apresenta os escores totais do QUESI entre os três grupos. Nela, verifica-se que os indivíduos com TB apresentam as maiores médias de eventos traumáticos ( $32,90 \pm 13,46$ ), quando comparados aos dois grupos controles: depressão ( $29,70 \pm 10,01$ ) e controle populacional ( $21,49 \pm 8,72$ ).

Observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de transtornos de humor ( $p = 0,247$ ).

**Tabela 3.** Regressão linear para variável grupo diagnóstico (controle, depressão maior e transtorno bipolar) ajustado por sexo, idade e escolaridade

QUESI	Coefficiente da regressão (IC95%)	P-valor
Negligência física	0,75 (0,24-1,25)	0,004
Negligência emocional	2,24 (1,36-3,1)	0,000
Abuso sexual	0,61 (0,15-1,08)	0,009
Abuso físico	1,06 (0,43-1,70)	0,001
Abuso emocional	2,50 (1,71-3,29)	0,000
Total	6,98 (4,59-9,36)	0,000



**Figura 1.** Escores de trauma na infância entre os três grupos avaliados.

## Discussão

Ultimamente, tem-se dado grande importância à vivência de trauma precoce, isso porque essa problemática está cada vez mais presente em nosso cotidiano e pode trazer fortes consequências ao longo da vida do indivíduo<sup>7</sup>. No presente estudo, pode-se observar que o relato de vivências traumáticas precoces ocorre mais frequentemente entre os jovens com transtornos de humor que na população geral de jovens, confirmando dados da literatura<sup>23,24</sup>.

No entanto, não se confirmou diferença entre a ocorrência ou o escore de eventos traumáticos e os diferentes transtornos de humor avaliados, conforme achados na literatura<sup>11,13</sup>.

Neste estudo, a prevalência de indivíduos com transtornos de humor que não relataram eventos traumáticos (32% TDM e 45% TB) foi maior que a descrita em um estudo retrospectivo de adultos com transtornos de humor severos (11%)<sup>25</sup>, possivelmente porque o presente estudo trata de uma amostra populacional representativa de jovens, em que a grande maioria não havia recebido diagnóstico prévio, discrepante do estudo citado que avaliou uma amostra de conveniência de adultos em tratamento com idade média de 42 anos.

Os jovens com transtornos de humor apresentaram escores mais altos em todos os componentes do QUESI, exceto no componente abuso sexual, no qual somente o grupo com TB apresentou diferença estatística em relação ao grupo de controles populacionais, embora estudos recentes indiquem a relação entre trauma na infância e os transtornos de humor em geral<sup>26</sup>. Em uma revisão sistemática, observou-se que o abuso sexual na infância não é um fator de risco

específico para o desenvolvimento da depressão, mas a experiência traumática precoce pode contribuir para o surgimento de outros transtornos<sup>27</sup>. Os resultados obtidos do presente estudo sugerem que o abuso sexual pode ser um fator de risco específico para o TB.

Entre os jovens com transtornos de humor, o abuso e a negligência emocional foram os componentes da QUESI mais prevalentes, similar a um estudo de coorte com 100 adultos com TB em que o abuso emocional também foi o tipo de trauma mais relatado, com prevalência de 37%, seguido do abuso físico e da negligência emocional<sup>14</sup>.

De acordo com dados da literatura, o trauma na infância está associado com um número maior de episódios maníacos<sup>28</sup>, mais internações hospitalares<sup>29</sup>, sintomas de humor depressivo atual<sup>30</sup> e idade de início precoce<sup>31</sup>. Neste estudo, por se tratar de amostra em idade de início da doença, não foi possível verificar variáveis que indiquem pior prognóstico clínico.

Existem algumas limitações na literatura quanto às vivências de trauma na infância. Isso ocorre porque há poucos instrumentos que avaliam o trauma e mesmo com alguns desses há quem acredite ser invasivo esse tipo de questionamento. O trauma, durante a infância, é delicado de se tratar, mesmo quando abordado por meio de um instrumento específico como o QUESI, pois se sabe que os relatos dessas vivências sofrem a influência do viés de memória, resultando na subestimação ou superestimação dessa exposição. Por outro lado, resultados comprovam uma correlação entre o início precoce dos transtornos de humor e os escores do QUESI<sup>30</sup>, bem como a ausência de relação entre memória autobiográfica e os escores de trauma na infância<sup>32</sup>.

Cabe ressaltar, ainda, que não foram excluídos desse grupo controle os indivíduos que apresentaram quaisquer outros transtornos mentais. Nessa amostra, foram avaliados apenas diagnósticos de eixo I, o que pode ter contribuído para o não surgimento de transtornos mais graves como os de personalidade, que poderiam confundir os resultados da pesquisa.

Uma das vantagens deste estudo foi o tipo de amostra e o delineamento, diferente do da maioria dos estudos com desenho ambulatorial e amostragem de conveniência, em que os pacientes já estão em estágio avançado da doença. Isso indica que mesmo no início do transtorno há relato de vivências traumáticas precoces, e não apenas uma visão pessimista das experiências passadas de indivíduos com transtornos de humor severos.

Para desencadear o TB é necessária a ocorrência de fatores genéticos e ambientais, no entanto não se conhece o peso de cada um desses fatores no desenvolvimento da doença, mas sabe-se da interação dos dois. Nesse sentido, as vivências traumáticas ocorridas na infância parecem contribuir para o aparecimento do transtorno. O trauma na infância tem sido apontado com provável fator de risco ambiental para o TB, portanto é um fator promissor nas futuras investigações que integrem variáveis ambientais e genéticas<sup>23</sup>.

Ainda não está claro se um tipo específico de trauma é mais provável para induzir transtornos psiquiátricos específicos<sup>31</sup>. Novos estudos devem ser realizados para aumentar o conhecimento da relação entre vivências traumáticas precoces e transtornos de humor. Variáveis biológicas e a expressão clínica dos transtornos de humor são fatores que devem ser observados em relação à presença de trauma na infância, em amostras populacionais e estudos longitudinais com adolescentes iniciais.

## Referências

1. Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa [revisado e ampliado]. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.
2. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da psicanálise. 5ª ed. Santos, SP: Martins Fontes; 1979.
3. Freud S. Moisés e o monoteísmo, 1939. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1976. p. 13-161.
4. Larkin W, Read J. Childhood trauma and psychosis: evidence, pathways, and implications. J Postgrad Med. 2008;54:287-93.

5. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP, Kim DM. The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosci Biobehav Rev.* 2003;27:33-44.
6. Lu W, Mueser KT, Rosenberg SD, Jankowski MK. Correlates of adverse childhood experiences among adults with severe mood disorders. *Psychiatr Serv.* 2008;59:1018-26.
7. Sanci L, Coffey C, Olsson C, Reid S, Carlin JB, Patton G. Childhood sexual abuse and eating disorders in females: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008;162:261-7.
8. Bifulco A, Moran PM, Baines R, Bunn A, Stanford K. Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bull Menninger Clin.* 2002;66:241-58.
9. Vitriol VG, Ballesteros ST, Florenzano RU, Weil KP, Benadof DF. Relationship between adult psychopathology and traumatic events in childhood [in Spanish]. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2005;43:83-7.
10. Gibb BE, Alloy LB. A prospective test of the hopelessness theory of depression in children. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2006;35(2):264-74.
11. Maguire C, McCusker CG, Meenagh C, Mulholland C, Shannon C. Effects of trauma on bipolar disorder: the mediational role of interpersonal difficulties and alcohol dependence. *Bipolar Disord.* 2008;10:293-302.
12. Savitz JB, van der Merwe L, Newman TK, Solms M, Stein DJ, Ramesar RS. The relationship between childhood abuse and dissociation. Is it influenced by catechol-O-methyltransferase (COMT) activity? *Int J Neuropsychopharmacol.* 2008;11:149-61.
13. Hyun M, Friedman SD, Dunner DL. Relationship of childhood physical and sexual abuse to adult bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2000;2:131-5.
14. Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry.* 2005;186:121-5.
15. Jansen K, Ores LD, Cardoso TD, Lima RD, Souza LD, Magalhães PV, et al. Prevalence of episodes of mania and hypomania and associated comorbidities among young adults. *J Affect Disord.* 2011;130:328-33.
16. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22:106-15.
17. ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2003. Dados com base no Levantamento Socioeconômico (IBOPE). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: maio 2008.
18. Del-Ben CM, Rodrigues CR, Zuardi AW. Reliability of the Portuguese version of the structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) in a Brazilian sample of psychiatric outpatients. *Braz J Med Biol Res.* 1996;29:1675-82.
19. Fleck MP, Chaves ML, Poirier-Littre MF, Bourdel MC, Loo H, Guelfi JD. Depression in France and Brazil: factorial structure of the 17-item Hamilton Depression Scale in inpatients. *J Nerv Ment Dis.* 2004;192:103-10.
20. Vilela JA, Crippa JA, Del-Ben CM, Loureiro SR. Reliability and validity of a Portuguese version of the Young Mania Rating Scale. *Braz J Med Biol Res.* 2005;38:1429-39.
21. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl.* 2003;27:169-90.
22. Oliveira RG, Stein LM, Pezzi JC. Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Rev Saude Publica.* 2006;249-55.
23. Etain B, Henry C, Bellivier F, Mathieu F, Leboyer M. Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2008;10:867-76.
24. Etain B, Mathieu F, Henry C, Raust A, Roy I, Germain A, et al. Preferential association between childhood emotional abuse and bipolar disorder. *J Trauma Stress.* 2010;23:376-83.
25. Lu W, Mueser KT, Rosenberg SD, Jankowski MK. Correlates of adverse childhood experiences among adults with severe mood disorders. *Psychiatr Serv.* 2008;59:1018-26.
26. Alvarez MJ, Roura P, Osés A, Foguet Q, Solà J, Arrufat FX. Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. *J Nerv Ment Dis.* 2011;3:156-61.
27. Maniglio R. Child sexual abuse in the etiology of depression: a systematic review of reviews. *Depress Anxiety.* 2010;27:631-42.
28. Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar illness. *Br J Psychiatry.* 2005;186:121-5.
29. Maguire C, McCusker C, Meenagh C, Mulholland C, Shannon C. The effects of trauma on bipolar disorder: the mediational role of interpersonal difficulties and alcohol dependence. *Bipolar Disord.* 2008;10:293-302.
30. Goodman M, New A, Siever L. Trauma, genes, and the neurobiology of personality disorders. *Ann N Y Acad Sci.* 2004;1032:104-16.
31. Mowlds W, Shannon C, McCusker CG, Meenagh C, Robinson D, Wilson A, et al. Autobiographical memory specificity, depression and trauma in bipolar disorder. *Br J Clin Psychol.* 2010;49:217-33.
32. Leboyer M, Etain B, Mathieu F, Henry C, Jamain S, Bellivier F. Childhood affective trauma in bipolar affective disorder. *Bipolar Disord.* 2007;9(1):9.