

Rilevanza dell'abuso infantile nella psicopatologia delle condotte suicidarie

Relevance of childhood abuse to the psychopathology of suicidal behaviour

M. SARCHIAPONE
V. CARLI
C. CUOMO
A. ROY*
P. BRIA**

Dipartimento di Scienze per la Salute, Università del Molise, Campobasso, Italy; * Department of Veteran Affairs, New Jersey, USA; ** Istituto di Psichiatria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italy

Key words

Suicide • Childhood trauma • Abuse • Aggression

Correspondence: Prof. Marco Sarchiapone, Dipartimento di Scienze per la Salute, Università del Molise, via de Sanctis, 86100 Campobasso, Italy
marco.sarchiapone@gmail.com

Summary

Background

Over the past three decades, a strong link has been reported between psychopathology and suicidal behaviour. The presence of a DSM-IV psychiatric diagnosis is present in up to 90% of patients that attempt suicide and major depression is the most common psychiatric disorder associated to suicide. In order for an individual to attempt suicide, the presence of depression may be necessary but is not sufficient since most patients with a depressive disorder never act a suicide attempt. It has been reported that certain psychopathological dimensions are more specifically related to suicidal behaviour than a psychiatric diagnosis. Aggression, impulsivity and childhood abuse are the most studied risk factors associated to suicide. Particularly, childhood trauma appears to be independently related to suicidal behaviour in depressed patients and is considered a strong vulnerability factor for suicide to occur. Aggression and impulsivity, that are recognized as prevalent in their association with suicide, are also associated to childhood abuse.

Method

We conducted a study on a sample of patients with Unipolar Major Depression, single episode or recurrent (N = 170), evaluating the presence and history of suicidality. Every patient has been submitted to a semistructured psychiatric interview and has been assessed with a series of psychometric tests. Childhood trauma questionnaire (CTQ) has been used in order to evaluate the history of sexual abuse; Brown Goodwin History of Aggression Scale (BGHA) was administered to evaluate subjects' aggressive tendencies and Barratt Impulsivity Scale (BIS) was used to determine impulsive traits. The hypothesis that has been tested was that suicidal subjects would report more childhood trauma. We also measured other psychopathological variables such as aggression, impulsivity and severity of depressive symptoms in order to evaluate correlations with childhood trauma and suicide attempts.

Results

Suicidal patients were more frequently female, single, unemployed and highly educated. Suicide attempters also reported higher scores for emotional abuse, physical abuse and sexual abuse. Higher scores were also reported for aggression and impulsivity. Childhood trauma was significantly related with aggression, particularly in suicide attempters. No significant correlations could be found between CTQ scores, BGHA scores, BIS scores and number and features of suicide attempts (Tab. I).

Conclusion

The results of our study confirm that childhood trauma, aggression and impulsivity may be considered risk factors for suicidal behaviour and their assessment could be useful in identifying patients at risk for suicide. Specific tools to recognize and treat childhood abuse victims may reduce suicide rates.

Introduzione

Le relazioni precoci dell'infanzia determinano in maniera unica l'organizzazione neurobiologica basilare dell'essere umano, e rendono possibile le sue interazioni sociali, in funzione delle quali è impiegata la maggior parte delle sue complesse strutture cerebrali. Vi sono fondate evidenze infatti che un *pattern* di esperienze positive durante le prime fasi della crescita

costituisca un fattore neurotrofico fondamentale per il corretto sviluppo del cervello umano nel suo processo di strutturazione gerarchica, che porta in ultima analisi alla differenziazione delle aree specializzate nei domini emotivo, cognitivo, comportamentale e motorio delle sue funzioni¹.

La compromissione di un così delicato percorso ad opera di eventi traumatici precoci condiziona non solo il funzionamento del bambino nell'immediato, ma

comporta l'insorgenza di una vulnerabilità specifica allo sviluppo di patologie psichiatriche a distanza di tempo nell'età adulta. All'interno della patologia psichiatrica le condotte suicidarie definiscono nello specifico un'area il cui studio risulta complicato dalla natura trans-nosografica del disturbo, per cui la soglia che rappresenta idealmente la predisposizione a svilupparle è plurideterminata e raccoglie contributi che è spesso difficile scomporre. Nella riorganizzazione teorica dello sviluppo del disturbo in particolare è stato influente il Modello Diatesi-Stress, che prevede la distinzione di fattori di rischio prossimali o potenzianti, e distali o predisponenti². I primi sono i fattori di "innesco", hanno una relazione piuttosto stretta con la condotta suicidaria e agiscono da precipitanti; raggruppano dunque elementi quali eventi di vita, fattori stressanti, fasi acute di disturbi psichiatrici e intossicazioni acute da alcol o da sostanze. I fattori distali invece comprendono variabili evolutive, la struttura di personalità, i disturbi psichiatrici, fattori biologici e genetici che determinano la vulnerabilità intrinseca di una persona e tra cui annoveriamo anche una storia familiare di suicidio, tratti impulsivi e aggressivi e i traumi infantili³.

Numerosi studi hanno messo in evidenza lo stretto rapporto tra presenza di trauma infantile e condotte suicidarie. Davidson et al.⁴ hanno esaminato i dati a disposizione dall'*Epidemiologic Catchment Area* statunitense e hanno trovato un rischio sorprendentemente elevato di tentativo di suicidio in donne che avevano subito violenza sessuale prima dei 16 anni. Santa Mina & Gallop⁵, conducendo una *review* di studi clinici, hanno verificato che i pazienti esposti a traumi infantili mostravano una maggiore vulnerabilità per le condotte suicidarie. Un risultato simile d'altra parte è stato trovato da Molnar et al.⁶ utilizzando i dati provenienti dal *US National Comorbidity Study*: i comportamenti suicidari apparivano essere fortemente correlati con l'abuso sessuale subito nell'infanzia, dato in accordo anche con le conclusioni di uno studio di comunità effettuato su gemelli australiani⁷ secondo cui la storia di un trauma infantile aumentava significativamente il rischio di effettuare un tentativo di suicidio. A. Roy⁸⁻¹¹ ha condotto infine una serie di studi in gruppi di pazienti psichiatrici con storia di tentativo di suicidio, confermando il ruolo del trauma infantile come fattore di rischio distale per le condotte suicidarie, e proponendo il neuroticismo, l'aggressività e l'impulsività come dimensioni intermedie tra i due fenomeni. In maniera interessante, Roy ha inoltre trovato^{12,13} una relazione tra i traumi subiti in infanzia e l'esordio precoce dei tentativi di suicidio, e tra il trauma infantile e il numero di tentativi di suicidio effettuati.

In un nostro campione di pazienti con depressione maggiore abbiamo tentato di verificare l'ipotesi secondo cui, coloro con condotte suicidarie, avrebbero

con maggiore probabilità subito traumi o abusi durante l'infanzia. Abbiamo inoltre misurato in tali pazienti altre variabili psicopatologiche quali l'aggressività, l'impulsività e la severità dei sintomi depressivi al fine di individuare correlazioni con la presenza di traumi durante l'infanzia e con le condotte suicidarie.

Materiali e metodi

Hanno partecipato allo studio 170 pazienti con diagnosi di episodio depressivo maggiore in accordo con i criteri diagnostici del DSM-IV-TR. I pazienti sono stati in parte reclutati presso il *Day Hospital* di Psichiatria del Policlinico "Gemelli", dove erano stati ricoverati per un disturbo depressivo (n = 102); in parte sono stati reclutati presso il Dipartimento di Emergenze dello stesso Ospedale dove erano giunti per aver commesso un tentativo di suicidio (n = 68), ed erano risultati essere anch'essi affetti da un episodio depressivo. Per tentativo di suicidio intendiamo un atto autolesivo associato a una qualche intenzionalità di togliersi la vita escludendo gli atti di automutilazione. Criteri di esclusione dallo studio sono stati la presenza di ogni altro disturbo psichiatrico in comorbidità diagnosticato in Asse I ad eccezione dei disturbi d'ansia e dei disturbi di abuso o dipendenza da sostanze. Per 106 pazienti è stata formulata diagnosi di disturbo depressivo maggiore, tipo ricorrente; 56 pazienti avevano diagnosi di disturbo depressivo maggiore, episodio singolo e 8 pazienti avevano diagnosi di disturbo bipolare, episodio depressivo. 30 pazienti presentavano doppia diagnosi per abuso di sostanze mentre 17 pazienti avevano diagnosi di disturbo d'ansia in comorbidità. Tutti i pazienti hanno fornito il consenso alla partecipazione allo studio dopo adeguata spiegazione delle procedure e delle finalità della ricerca.

Per la formulazione della diagnosi psichiatrica in Asse I, è stata utilizzata l'intervista strutturata *MINI Interview for DSM-IV psychiatric Disorders*¹⁴. Un'altra intervista strutturata è stata utilizzata per raccogliere dati dettagliati riguardo alla presenza di condotte suicidarie nell'anamnesi psichiatrica dei pazienti e all'eventuale modalità, intenzionalità, letalità, numero di ripetizioni ed età del primo tentativo di suicidio. Sono state inoltre somministrate la scala *Brown-Goodwin Lifetime History of Aggression* (BGLHA)¹⁵ per la valutazione della storia di aggressività e la *Barratt Impulsivity Scale* (BIS)¹⁶ per la misurazione dell'impulsività. Per quanto riguarda lo studio delle esperienze traumatiche in età infantile e in adolescenza, è stata utilizzata la *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ)¹⁷. La CTQ è una scala psicometrica autosomministrata composta, nella versione utilizzata, da 34 *items*: al paziente viene richiesto di descrivere in termini quantitativi (mai, quasi mai, a volte, spesso, molto spesso) alcune esperienze di crescita vissute

durante l'infanzia e l'adolescenza, sulla base della personale ricostruzione degli eventi. Assegnando un punteggio da 1 a 4 per ogni risposta, vengono calcolati punteggi specifici per l'abuso psicologico, l'abuso fisico, l'abuso sessuale, l'abbandono psicologico e l'abbandono fisico oltre a un punteggio totale derivante da una media pesata dei punteggi riportati alle altre sottoscale. Sono state calcolate le medie dei punteggi riportati alle scale psicometriche dai pazienti con tentativo di suicidio e quindi confrontate con la media dei punteggi riportati dai pazienti senza storia di condotte suicidarie. Successivamente sono state ricercate correlazioni tra i punteggi delle varie scale psicometriche e le caratteristiche dei gesti suicidari (letalità, modalità, numero di tentativi).

Per quanto riguarda l'analisi della significatività statistica, sono stati utilizzati il test *t* di Student per le variabili continue e il test del χ^2 per le variabili discrete. Per l'analisi delle correlazioni è stato utilizzato il coefficiente di correlazione momento prodotto di Pearson. I livelli di significatività sono stabiliti a $p < 0,01$.

Risultati

Novantasette dei pazienti reclutati (57,0%) hanno riferito almeno un tentativo di suicidio nella propria storia clinica. I pazienti con condotte suicidarie erano più frequentemente di sesso femminile (75,3% vs.

61,6%; $p < 0,01$), non coniugati (71,1% vs. 46,6%; $p < 0,01$), disoccupati (45,4% vs. 28,8%; $p < 0,01$) e con livello di istruzione elevato (76,3% vs. 54,8%; $p < 0,01$). Non sono state rilevate differenze statisticamente significative di età tra tentatori di suicidio e non tentatori di suicidio ($40,7 \pm 12,3$ vs. $41,2 \pm 11,9$; $p = \text{NS}$). Non sono state rilevate differenze statisticamente significative tra tentatori di suicidio e non tentatori di suicidio rispetto alla comorbidità per disturbo d'ansia o per disturbi correlati a sostanze. Per quanto riguarda il trauma infantile, i partecipanti allo studio con tentativo di suicidio avevano punteggi significativamente più elevati alle scale per l'abuso emotivo ($11,5 \pm 4,5$ vs. $9,0 \pm 4,7$; $p < 0,01$), l'abuso fisico ($8,8 \pm 3,9$ vs. $7,1 \pm 4,0$; $p < 0,01$) e l'abuso sessuale ($8,6 \pm 3,6$ vs. $7,1 \pm 2,5$; $p < 0,01$). Punteggi più alti sono stati rilevati anche alle scale per la misurazione della storia di aggressività ($33,0 \pm 7,1$ vs. $29,5 \pm 7,3$; $p < 0,01$) e dell'impulsività ($49,9 \pm 12,9$ vs. $45,1 \pm 14,2$; $p < 0,01$). Non si sono rilevate differenze nella severità dei sintomi depressivi ($21,7 \pm 5,9$ vs. $21,2 \pm 6,2$; $p = \text{NS}$). Le caratteristiche sociodemografiche e cliniche del campione esaminato sono riportate in Tabella I.

Se veniva preso in considerazione l'intero campione, i punteggi alla CTQ erano significativamente correlati ai punteggi alla BGLHA ($r = 0,329$; $p < 0,01$). È stata inoltre riscontrata una correlazione negativa tra storia di aggressività e sintomi depressivi ($r = -0,206$; $p < 0,01$) e questa correlazione appariva più forte nel mo-

Tab. I. Caratteristiche cliniche e sociodemografiche del campione esaminato. *Clinical and sociodemographic characteristics of the study population.*

	Pazienti con tentativo di suicidio	Pazienti senza tentativo di suicidio	p
N.	97	73	
Età	$40,7 \pm 12,3$	$41,2 \pm 11,9$	NS
Sesso femminile	75,3%	61,6%	$< 0,01$
Disoccupati	45,4%	28,8%	$< 0,01$
Single	71,1%	46,6%	$< 0,01$
Scolarità superiore	76,3%	54,8%	$< 0,01$
Comorbidità disturbo d'ansia	10,3%	9,6%	NS
Comorbidità sostanze	19,6%	15,1%	NS
CTQ totale	$9,8 \pm 1,8$	$8,6 \pm 2,2$	$< 0,01$
Abuso psicologico	$11,5 \pm 4,5$	$9,0 \pm 4,7$	$< 0,01$
Abuso fisico	$8,8 \pm 3,9$	$7,1 \pm 4,0$	$< 0,01$
Abuso sessuale	$8,6 \pm 3,6$	$7,1 \pm 2,5$	$< 0,01$
Abbandono psicologico	$28,3 \pm 7,8$	$28,4 \pm 10,2$	NS
Abbandono fisico	$11,6 \pm 3,7$	$11,1 \pm 3,5$	NS
HDRS totale	$21,7 \pm 5,9$	$21,2 \pm 6,2$	NS
BGLHA totale	$33,0 \pm 7,1$	$29,5 \pm 7,3$	$< 0,01$
BIS totale	$49,9 \pm 12,9$	$45,1 \pm 14,2$	$< 0,01$

mento in cui si analizzavano solo i pazienti con tentativo di suicidio ($r = -0,439$; $p < 0,01$). Le correlazioni tra aggressività e trauma infantile perdevano di significatività nel momento in cui si restringeva l'analisi al gruppo di pazienti senza tentativo di suicidio. Non è stato possibile rilevare correlazioni significative tra punteggi alla CTQ, alla BGLHA e alla BIS e numero e caratteristiche degli atti suicidari.

Discussione

Nel presente studio abbiamo analizzato una popolazione di pazienti psichiatrici con depressione del tono dell'umore e abbiamo rilevato che il 57% di questi, nel corso della propria vita avevano tentato almeno una volta il suicidio. Come previsto e in accordo con dati già riportati in letteratura, i pazienti con tendenze suicidarie erano più spesso di sesso femminile, disoccupati, non avevano relazioni sentimentali significative e avevano scolarità di grado medio-elevato. Nel nostro campione il trauma infantile, e in particolare l'abuso infantile, sia psicologico sia fisico, erano significativamente più alti nei pazienti con tendenze suicidarie. In accordo con questi dati, soprattutto l'abuso sessuale durante l'infanzia è stato da diversi autori messo in relazione con il suicidio.

Nell'effettuare l'analisi dei dati abbiamo diviso il campione in due gruppi a seconda della presenza o meno di storia di tentativo di suicidio. Il dato che tutti i pazienti fossero affetti da depressione, e che però tra i pazienti depressi, quelli con tentativo di suicidio mostravano livelli di abuso infantile più elevati rispetto ai non tentativi, con una differenza statisticamente significativa, ci può portare a ipotizzare che questo fattore di rischio – l'abuso infantile – sia più specificamente associato alla caratteristica di aver tentato il suicidio, rispetto alla caratteristica di possedere una diagnosi di depressione, comunque presente in entrambi i campioni. Il dato di una mancanza di relazione tra severità dei sintomi depressivi e tentativo di suicidio rafforza questa ipotesi, che ha anche implicazioni rilevanti sia per la prevenzione sia per il trattamento delle condotte suicidarie. Se i soggetti che subiscono traumi durante l'infanzia sono più a rischio di suicidio, le vittime di traumi infantili dovrebbero essere oggetto di programmi di prevenzione per le condotte suicidarie a prescindere che abbiano o meno sviluppato psicopatologia. Le implicazioni per la prevenzione delle condotte suicidarie diventano ancora più rilevanti se consideriamo che è stata rilevata una correlazione diretta tra trauma infantile, numero di tentativi di suicidio ed età del primo tentativo. A. Roy ha riportato in un ampio campione di oltre 1200 tossicodipendenti che i pazienti con tre o più tentativi di suicidio avevano punteggi più alti alla CTQ rispetto ai pazienti con un solo tentativo e che i pazienti con tentativo di suicidio in adolescenza avevano con più

frequenza subito traumi infantili rispetto ai pazienti con tentativi di suicidio messi in atto esclusivamente in età adulta.

Dati di natura neurobiologica sembrano inoltre sostenere l'associazione tra un trauma subito nell'infanzia e le condotte suicidarie: le esperienze sfavorevoli in un periodo in cui le relazioni rappresentano gli stimoli esterni fisiologici all'organizzazione delle strutture cerebrali causerebbero infatti un disordine dei processi di migrazione, differenziazione e sinaptogenesi neuronale, e allo stesso tempo attiverebbero in maniera massiccia i sistemi di risposta allo stress^{18 19}, danneggiando in ultima analisi l'ippocampo – area cerebrale critica implicata nei processi di memoria e apprendimento – e risultando quindi in danni diffusi della sfera cognitiva. Uno studio recente ha mostrato come adolescenti depresse con storia di trauma infantile soffrivano di *deficit* nella memoria generale²⁰. Il richiamo della memoria autobiografica è d'altra parte fondamentale per lo sviluppo del concetto di sé nell'adolescenza, per la regolazione dell'emotività e per il *problem solving*²¹: è notevole in questo proposito osservare come un *pattern* cognitivo deficitario sia stato descritto negli individui con tentativi di suicidio, caratterizzati da un *problem solving* inefficace²² e carenti nei processi di *decision-making*²³.

Nel nostro campione abbiamo anche rilevato più alti livelli di aggressività e di impulsività e una correlazione statisticamente significativa tra trauma infantile e storia di aggressività: quest'ultima era specificamente associata all'aver subito abusi di tipo psicologico, fisico e sessuale. Questa forte correlazione non era presente nei pazienti senza storia di tentativo di suicidio suggerendo che l'aggressività potrebbe avere la funzione di mediatore tra trauma infantile e condotte suicidarie. Possiamo interpretare in questo senso anche il risultato di una correlazione significativa, di segno negativo, tra aggressività e sintomi depressivi, correlazione che peraltro appare rafforzarsi nei tentatori di suicidio. L'aggressività potrebbe rappresentare una risposta disadattiva all'aver subito traumi nell'infanzia che, se da un lato può esercitare un'azione protettiva nei confronti dello sviluppo di sentimenti di autosvalutazione e di depressione, dall'altro potrebbe costituire un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di condotte suicidarie.

In conclusione, nel nostro campione di pazienti depressi, abbiamo rilevato un'associazione tra trauma infantile, aggressività e impulsività e condotte suicidarie. Lo sviluppo di tendenze aggressive potrebbe essere un mediatore tra l'aver subito traumi da bambino e sviluppare tendenze suicidarie da adulto. Le principali limitazioni di questo studio sono il ridotto numero di partecipanti, che ha comunque permesso di raggiungere la significatività statistica dei risultati, e l'approccio metodologico di tipo retrospettivo. Il *Childhood Trauma Questionnaire* ha comunque mostrato alta affidabilità e validità^{17 24}.

Bifulco et al.²⁵ hanno inoltre messo in evidenza, in uno studio su 87 coppie di sorelle che avevano subito abusi sessuali nell'infanzia, come sia possibile raccogliere informazioni di tipo retrospettivo sull'abuso infantile con un certo grado di affidabilità.

Inoltre, il metodo di raccolta dell'informazione sull'abuso infantile, basato sulla ricostruzione mnestica del paziente, potrebbe aver condizionato l'attendibilità del dato, sottoposto a *bias* legati al livello cognitivo del paziente stesso, e alla modulazione propria dello stato affettivo alterato che caratterizza il campione. In questo senso però Goodman et al.²⁶ hanno osservato una buona affidabilità nella storia di trauma infantile ottenuta da pazienti con disturbi psichiatrici importanti. Allo stesso modo, Fergusson et al.²⁷ hanno messo in evidenza una quasi uniforme assenza di associazione tra status psicopatologico e la raccolta di informazioni riguardanti abusi infantili. Studi longitudinali

sulle vittime di abusi infantili sarebbero comunque di cruciale importanza per una migliore comprensione dei meccanismi della relazione tra tali abusi e il suicidio. È da osservare infine che, seppur nel campione esaminato non vi siano differenze significative tra i gruppi per quanto riguarda la comorbidità con i disturbi da abuso di sostanze e con i disturbi d'ansia, questi potrebbero aver contribuito a confondere la valutazione del rischio suicidario di parte del campione, e allo stesso modo condizionare le misure dei livelli di aggressività e impulsività.

Le principali implicazioni cliniche dei nostri risultati sono la possibilità di utilizzare la presenza di trauma infantile come fattore per la scelta di soggetti da includere in programmi di prevenzione per il suicidio. Strumenti specifici per riconoscere e trattare le vittime di abuso nell'infanzia inoltre potrebbero avere efficacia nel ridurre i tassi di suicidio.

Bibliografia

- 1 Perry BD, Pollard R. *Homeostasis, stress, trauma, and adaptation. A neurodevelopmental view of childhood trauma.* Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 1998;7:33-51.
- 2 Moscicki E. *Identification of suicide factors using epidemiologic studies.* In: Mann JJ, editor. *Psychiatric Clinics of North America.* Philadelphia: Saunders 1997, p. 499-517.
- 3 Roy A, Rylander G, Sarchiapone M. *Genetics of suicides. Family studies and molecular genetics.* Ann N Y Acad Sci 1997;836:135-57.
- 4 Davidson J, Hughes D, George L, Blazer D. *The association of sexual assault and attempted suicide with the community.* Arch Gen Psychiatry 1996;53:550-5.
- 5 Santa Mina E, Gallop R. *Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behavior: a literature review.* Can J Psychiatry 1998;43:793-800.
- 6 Molnar B, Berkman L, Buka S. *Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behavior in the US.* Psychol Med 2001;31:965-77.
- 7 Nelson E, Heath A, Madden P, Cooper L, Dinwiddle S, Bucholz K, et al. *Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes. Results from a twin study.* Arch Gen Psychiatry 2002;59:139-45.
- 8 Roy A. *Characteristics of opiate dependent patients who attempt suicide.* J Clin Psychiatry 2002;63:403-7.
- 9 Roy A. *Characteristics of drug addicts who attempt suicide.* Psychiatry Res 2003;121:99-103.
- 10 Roy A. *Distal risk factors for suicidal behavior in alcoholics: replications and new findings.* J Affect Disord 2003;77:267-71.
- 11 Roy A. *Childhood trauma and impulsivity. Possible relevance to suicidal behavior.* Arch Suicide Res 2005;9:147-51.
- 12 Roy A. *Relationship of childhood trauma to age of first suicide attempt and number of attempts in substance dependent patients.* Acta Psychiatr Scand 2004;109:121-5.

- 13 Roy A. *Family history of suicidal behavior and earlier onset of suicidal behavior.* Psychiatry Res 2004;129:217-9.
- 14 Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, et al. *The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability.* Eur Psychiatry 1997;12:232-41.
- 15 Brown G, Linnoila M, Goodwin F. *Impulsivity, aggression and associated affects: relationship to self-destructive behaviour and suicide.* In: Maris R, Berman L, Maltzberger J, Yufit R, editors. *Assessment and prediction of suicide.* New York: Guildford Press 1992, p. 589-600.
- 16 Barratt ES. *Factor analysis of some psychometric measures of impulsiveness and anxiety.* Psychol Rep 1965;16:547-54.
- 17 Bernstein D, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. *Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect.* Am J Psychiatry 1994;151:1132-6.
- 18 Bremner JD, Randall P, Scott TM, Capelli S, Delaney R, McCarthy G, et al. *Deficits in short-term memory in adult survivors of childhood abuse.* Psychiatry Res 1995;59:97-107.
- 19 Perry BD. *Incubated in terror: neurodevelopmental factors in the "Cycle of Violence".* In: Osofsky J, editor. *Children, youth and violence: the search for solutions.* New York: Guildford Press 1997, p. 124-48.
- 20 Kuyken W, Howell R, Dalgleish T. *Overgeneral autobiographical memory in depressed adolescents with, versus without, a reported history of trauma.* Abnorm Psychol 2006;115:387-96.
- 21 Park RJ, Goodyer IM, Teasdale JD. *Categoric overgeneral autobiographical memory in adolescents with major depressive disorder.* Psychol Med 2002;32:267-76.
- 22 Pollock LR, Williams JM. *Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall.* Suicide Life Threat Behav 2001;31:386-96.
- 23 Jollant F, Bellivier F, Leboyer M, Astruc B, Torres S, Verdier R, et al. *Impaired decision making in suicide attempters.* Am J Psychiatry 2005;162:304-10.
- 24 Bernstein D, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. *Validity*

- of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatry population. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:340-8.
- ²⁵ Bifulco A, Brown G, Lillie A, Jarvis J. *Memories of childhood neglect and abuse: corroboration in a series of sisters. J Child Psychol Psychiatr* 1997;38:365-74.
- ²⁶ Goodman LA, Thompson KM, Weinfurt K, Corl S, Acker P, Mueser KT, et al. *Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness. J Trauma Stress* 1999;12:587-99.
- ²⁷ Fergusson D, Horwood L, Woodward L. *The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behaviour of young adults. Psychol Med* 2000;30:529-44.