

RESULTATS

De les 257 dones que van ser admeses de manera consecutiva a l'Hospital després d'una sobredosi medicamentosa, 142 (55.3%) varen estar d'acord a participar en l'estudi i varen completar els qüestionaris, tot i que 26 d'elles varen completar totes les seccions, excepte aquelles que feien referència a l'abús. Les participants no eren significativament diferents de les que no varen participar en concepte d'edat, freqüència de sobredosis prèvies, origen ètnic, classe social, durada de la estada a l'Hospital, o estat civil (Taula 1).

El diagnosi psiquiàtric més comú en el moment de la valoració psiquiàtrica de la sobredosi va ser un trastorn de l'ajustament (*adjustment disorder*; n = 55, 41.7%), depressió {n = 29, 22.0%}, i trastorn de la personalitat {n = 16, 12.1%}. Una proporció significativa {n = 26, 19.7%}, va estar considerat que no mostraven cap presentació clínica que mereixés un diagnosi a l'Axis I de la ICD-10. Pel que fa a la història psiquiàtrica en el passat (*Past Psychiatric History, PPH*), el diagnosi més freqüent era depressió {n = 48, 35.0%}, però 43.15% {n = 54} no tenien cap història psiquiàtrica.

No vàrem trobar cap relació entre la classe social i el tipus o gravetat de l'abús. Hi havia una distribució molt ampla de l'estat civil, i no hi havien diferències significatives en aquesta variable entre les dones que havien estat abusades i les que no ho havien estat.

Taula 1. Comparació de les dones que varen completar els qüestionaris (n=142) amb aquelles que no els varen completar (n=115)

		Omplerts		No-omplerts	
		n	%	n	%
<u>Edat (anys)</u>	18-34	85	(60.0)	73	(63.4)
	35-50	57	(40.0)	42	(36.6)
Edat: Mitjana/DS		31.7 / 9.4		34.5 / 7.2	
<u>Total d'episodis</u>	1	70	(49.3)	61	(53.0)
	2-4	61	(43.0)	46	(40.0)
	5+	11	(7.7)	8	(7.0)
<u>Origen ètnic Blanc</u>		138	(97.2)	106	(92.2)
<u>Classe Social</u>	I + II	29	(20.4)	23	(20.0)
	III	56	(39.4)	39	(33.9)
	IV + V	57	(40.2)	53	(46.1)
<u>Estat Civil</u>	Casada	38	(26.8)	30	(26.1)
	Altra	104	(73.2)	85	(73.9)
<u>Durada d'admissió</u>	1 nit	99	(69.7)	79	(68.7)
	2 nits	30	(21.2)	26	(22.6)
	3 o més	13	(9.1)	10	(8.7)

Prevalència d'Abús Sexual, Físic i Psicològic

Taula 2. Prevalença, i interval de confiança del 95%, de diversos graus de intrusivitat de l'abús sexual (n=142), amb referències a la relació amb l'autor de l'abús

	Abusades			Abús Acumulat		
	n	%	[95% I.C.]	n	%	[95% I.C.]
Abús Sexual						
1. Parla/gests	73	(63.5)	[54.5-72.8]	73	(63.5)	[54.5-72.8]
2. Contacte Visual	55	(48.2)	[38.8-57.8]	77	(67.5)	[58.1-76.0]
3. Contacte Físic	67	(55.3)	[49.1-67.9]	82	(71.9)	[62.7-79.9]
4. Penetració (real/intentada)	58	(50.9)	[41.3-60.4]	83	(72.8)	[63.7-80.7]
Autor de l'abús*						
1. Estrany	17	(14.9)	[8.9-22.8]			
2. Pare biològic	8	(7.0)	[3.1-13.3]			
3. Padrastre	6	(5.3)	[1.9-11.1]			
4. Germà/Familiar	22	(19.3)	[12.1-26.5]			
5. Altres (amic, veí)	47	(41.2)	[32.1-50.8]			

* Aquests percentatges no sumen 100% ja que hi han dones que no varen respondre aquest apartat i degut a la possibilitat de més d'un autor.

De les 142 dones que varen accedir a participar a l'estudi, 81.7% (n = 116) completaren els qüestionaris d'abús i maltractaments. Abús sexual era molt freqüent, fins i tot per les formes més severes d'abús. Com era d'esperar, hi ha un increment progressiu en prevalença a mida que el grau d'intrusió de l'abús sexual disminueix, amb excepció de l'abús involucrant contacte visual, que no va ser tant alt com era d'esperar (Taula 2).

Així, 50.9% havien experimentat abús amb penetració o intent de penetració, 63.5% patiren abús sexual amb contacte físic, 66.7% havien sofert abús caracteritzat per contacte físic i/o visual, i 72.8% varen descriure abús sexual utilitzant la definició més amplia. Com era d'esperar hi havia un solapament important entre les quatre categories, de manera que experiències d'abús amb un grau d'intrusió era possible que estiguessin associades amb experiències de gravetat diferent. Així, estenent contacte físic sense penetració per incloure penetració real o intent de penetració, incrementava la prevalença un 12.3%. En incloure contacte visual afegia només un 3.5%, i considerant la parla o gests de tarannà sexual un extra 6.1%, fent un total de 21.9% de dones que havien estat abusades sexualment però que no havien patit penetració o intent de penetració.

La majoria de les dones que havien estat abusades sexualment havien patit tant abús amb contacte, com abús sense contacte físic. En total, de les 142 dones, 63.5% havien sofert abús sexual de contacte, i 67.5% abús sexual sense contacte físic, de les que un grup important (n = 80, 56.3%) havien experimentat tots dos tipus. Entre aquelles que havien experimentat abús sexual de contacte amb o sense penetració, 11.4% (n = 13) havien estat abusades en el grup d'edat de 0 a 6 anys;

28.9% (n = 33) en el grup d'edat dels 7 als 12 anys; 32.5% (n = 37) dels 13 als 15 anys; arribant a un valor del 38.6% (n = 44) per abús sexual quan eren majors de 16 anys.

Abús sexual entre companys (*Peer Sexual Abuse*) va ser descrit per 53.5% (n = 61) de les dones. D'aquestes, 43% (n = 49) havien patit abús sexual sense contacte, i 47.4% (n = 54) abús sexual de contacte, amb un solapament important entre els dos.

Pel que fa a la relació amb l'autor de l'abús, un 72.8% de les víctimes coneixien als autors de l'abús, i un 31.6% de tot l'abús que va ser revelat es va produir dins de la família.

Abús físic va ser descrit per 71.1% de les dones, mentre que abús físic entre companys (*physical peer abuse*) va succeir en 58.7% (n = 61). Abús psicològic era present en 64.9% (n = 74), i abús psicològic entre companys (*psychological peer abuse*) en el 73.6% (n = 67). Cap dels quatre tipus d'abusos físics i psicològics varen mostrar diferències significatives amb la divisió per edats. La data en abús entre companys no està inclosa en les anàlisis que es descriuen a continuació.

Com era d'esperar, hi va haver un solapament molt important dels tres tipus d'abús, amb un 44% de les dones que varen descriure, alhora abusos sexuals, físics i psicològics; i només 16.5% que havien patit exclusivament abús sexual. Aquesta xifra disminuïa to només 6.4% per maltractaments físics de manera exclusiva, i 2.8% per abús psicològic de manera exclusiva.

Repetició de Sobredosis Medicamentoses i Conductes Autolesives

Hi havien diferències significatives ($p < 0.05$) entre les dones que s'havien pres la seva primera sobredosi (primerenques) i les repetidores majors (5 sobredosis o més), pel que fa a la presència d'abús sexual amb i sense contacte físic. A més, a més, tant les repetidores menors (de 2 a 4 episodis) com les repetidores majors que havien experimentat altres conductes autolesives, eren significativament més probable que haguessin estat abusades sexualment (amb contacte i sense contacte físic) que les primerenques ($p < 0.01$), i per aquestes primerenques també era significativament més probable ($p < 0.01$) que no haguessin descrit abús sexual comparat amb les repetidores majors (Taula 3).

La probabilitat d'abús sexual depenia del nombre de sobredosis que s'havien pres. Així era de 1.3:1 per primerenques i repetidores menors, i 2.7:1 per repetidores majors (7.5:1 per altres conductes autolesives).

En incloure grups d'edat, trobem diferències significatives en les anàlisis (Taula 4).

Taula 3: La probabilitat d'abús sexual d'acord amb el nombre de sobredosis preses, incloent la sobredosi de presentació, i el nombre d'episodis d'altres conductes autolesives (ACA) {1=primerenca, 2-4=repetidora menor, 5+=repetidora major}

	Únicament Abús Sexual de Contacte n (%)	Únicament Abús Sexual sense Contacte n (%)	Abús Sexual amb i sense Contacte n (%)	Abús Sexual No Descrit n (%)
Nombre de Sobredosis				
1 (n=70)	3 (4.3)	8 (11.4)	29 (41.4)	30 (42.8)
2-4 (n=61)	3 (4.9)	3 (4.9)	29 (47.5)	26 (42.6)
5+ (n=11)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (72.7) ⁺⁺	3 (27.3)
Nombre d'ACA				
1 (n=92)	6 (6.5)	10 (10.9)	30 (32.6)	46 (50.0)
2-4 (n=32)	0 (0.0)	1 (4.2)	21 (65.6) ⁺	10 (31.2)
5+ (n=18)	0 (0.0)	0 (0.0)	15 (83.3) ⁺	3 (16.6) ⁺

⁺ p<0.01 comparant primerenques amb repetidores majors i repetidores menors amb repetidores majors; ⁺⁺ p<0.05 comparant primerenques amb repetidores majors.

Taula 4: Edat de l'abús sexual i la seva relació amb el nombre de sobredosis que s'havien pres

(a) El moment en què l'abús es va produir com a mínim en 1 grup d'edat.

Nombre de Sobredosis	Edat 0-7	Edat 7-13	Edat 13-16	Edat 16+
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1 (n=70)	2 (2.8)	19 (27.1)	26 (37.1)	18 (25.7)
2-4 (n=61)	10 (16.4)	17 (27.9) ⁺⁺	20 (32.8)	19 (31.1) ⁺⁺
5+ (n=11)	3 (27.3) ⁺	7 (63.6) ⁺⁺	5 (45.4)	7 (63.6) ⁺⁺
Total (n=142)	15 (10.5)	43 (30.3)	51 (35.9)	44 (31.0)

(b) El moment en el que la primera experiència d'abús sexual es va produir

Nombre de sobredosis	Edat 0-7	Edat 7-13	Edat 13-16	Edat 16+
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1 (n=70)	2 (2.8)	17 (24.3)	12 (17.1)	9 (12.8)
2-4 (n=61)	10 (16.4)	9 (14.7)	10 (16.4)	6 (9.8)
5+ (n=11)	3 (27.3) ⁺	4 (36.4)	0 (0.0)	1 (9.1)
Total (n=142)	15 (10.5)	30 (21.1)	22 (15.5)	16 (11.3)

(c) Abús sexual en grups d'edat consecutius (abús continuat o recurrent).

Nombre de sobredosis	Edat 0-7	Edat 7-13	Edat 13-16	Edat 16+
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1 (n=70)	-- (--)	2 (2.8)	14 (20.0)	9 (12.8)
2-4 (n=61)	-- (--)	8 (13.2)	10 (16.4)	13 (21.3)
5+ (n=11)	-- (--)	3 (27.2) ⁺	5 (45.5)	6 (51.5)
Total (n=142)		13 (9.1)	29 (20.4)	28 (19.7)

⁺ p<0.1 primerenques vs repetidores majors; ⁺⁺ p<0.05 primerenques vs repetidores majors i repetidores menors vs repetidores majors.

La proporció d'aquelles abusades sexualment en grups d'edat diferents augmentava amb l'edat quan eren menors de setze anys. A més a més, per damunt d'un terç també havien estat abusades com adults. Les repetidores majors presentaven un percentatge d'abús sexual més alt que les primerenques o les repetidores menors. Aquest fet era especialment significatiu per els grups d'edat de 13 a 16, i de 16+ ($p < 0.05$), i demostrà una tendència per repetidores majors en comparació a les primerenques per el grup d'edat de 0 a 7 ($p < 0.1$) (Taula 4a). Examinant quan l'abús va començar (Taula 4b), un 80.7% de l'abús sexual va donar-se per primer cop abans dels setze anys d'edat. Per les primerenques i les repetidores majors, el grup d'edat de 7 a 13 anys és el grup d'edat més comú per la primera experiència d'abús sexual, mentre que per les repetidores menors, era igualment comú en els grups d'edat de 7 a 13, i de 13 a 16. L'abús sexual en grups d'edat consecutius (Taula 4c) mostra un increment marginalment significatiu ($p < 0.1$) amb el nombre de sobredosis en el grup d'edat de 7 a 13 anys, i era com a mínim el doble de probable entre les repetidores majors, que entre primerenques o repetidores menors.

Així, a manera de RESUM, les repetidores majors (tant de sobredosis de medicaments, com d'auto-lesions deliberades o conductes autolesives) havien patit un abús sexual de contacte amb molta més freqüència (Coll i col., 1998; plana 314, i taules 2 i 3), l'abús havia succeït a un edat menor (Coll i col., 1998; plana 315, taula 4; plana 316, taula 5), i existia una relació entre el nombre d'episodis de comportaments parasuicides, i que els autors de l'abús sexual es trobessin dins de

la mateixa família (abús sexual intrafamiliar), tant per sobredosis medicamentoses, com per auto-lesions deliberades (Coll i col., 1998; plana 311).

Els abusos físic i psicològic també es trobaren relacionats amb la freqüència dels dos tipus de comportaments parasuicides (Coll i col., 1998; plana 311; i plana 314, taules 2 i 3).

Les repetidores majors també presentaren uns valors significativament més alts de rauxa internalitzada (*anger in*), desesperació (*hopelessness*), i depressió; i més baixos de protecció i cura maternes en el *PBI* (Coll i col., 1998; plana 313; i plana 314, taules 2 i 3).

En haver trobat una relació entre la gravetat de les experiències d'abús i la repetició dels comportaments parasuicides, hem tancat una altra etapa en el camí per demostrar la importància de les experiències d'abús com a predisposants dels comportaments parasuicides

Gravetat de les Experiències d'Abús Sexual, Psicològic i Maltractaments Físics

Les repetidores majors tenien valors significativament més alts de gravetat de les experiències que havien patit en comparar-les, tant amb les primerenques com amb les repetidores menors. Aquest era el cas tant per abús sexual, com per abús psicològic ($p < 0.01$), i mostraren una tendència en aquesta direcció per maltractaments físics ($p < 0.1$) (Taula 5).

Taula 5. Mitjanes de gravetat, i desviació estàndard (d.e.) per abusos sexual, físic i psicològic per nombre de sobredosis

Nombre de Sobredosis	Puntuació d'Abús Sexual		Puntuació d'Abús Físic		Puntuació d'Abús Psicològic	
	Mitjana	(d.e.)	Mitjana	(d.e.)	Mitjana	(d.e.)
	1 (n=70)	7.6	(9.7)	26.2	(47.2)	84.1
2-4 (n=61)	12.2	(16.3)	48.0 ⁺⁺	(53.8)	145.5 ⁺	(104.3)
5+ (n=11)	37.4 ^{x,*}	(28.9)	94.7 ^{xx,*}	(89.8)	271.6 ^{x,*}	(96.1)
Total (n=142)	11.9	(16.8)	40.9	(56.3)	124.6	(111.7)

⁺ p<0.05, ⁺⁺ p<0.01 comparant primerenques amb repetidores menors; ^x p<0.1, ^{xx} p<0.01 comparant repetidores menors amb repetidores majors; ^{*} p<0.01 comparant primerenques amb repetidores majors.

També hi havia una diferència significativa, en comparar les repetidores menors amb les primerenques, per abús psicològic (p < 0.01) i maltractaments físics (p < 0.05).

Pel que fa a la gravetat de l'abús sexual (Taula 6), totes les comparacions de primerenques i repetidores majors, i de repetidores menors i repetidores majors varen ser estadísticament significatives en analitzar conjuntament abús sexual amb i sense contacte físic (p < 0.01).

Taula 6. Comparació de la gravetat, utilitzant els valors de les mitjanes i desviacions estàndard (d.e.), d'abús sexual per nombre de sobre dosis

Nombre de sobre dosis	Puntuació d' Abús Sexual		Puntuació d' Abús Sexual		Puntuació d' Abús Sexual	
	(només contacte)		(sols sense contacte)		(amb i sense contacte)	
	Mitjana	(d.e.)	Mitjana	(d.e.)	Mitjana	(d.e.)
1 (n=70)	1.7	(0.6)	1.5	(1.0)	14.5	(9.6)
2-4 (n=61)	3.7	(1.5)	3.3 ⁺	(1.5)	19.5	(17.5)
5+ (n=11)	---	(---)	---	(---)		(28.2)
Total (n=142)	2.7	(1.5)	2.0	(1.4)	42.3 ^{x,*}	(18.2)
					20.0	

⁺ p<0.05 comparant primerenques amb repetidores menors; ^x p<0.01 comparant repetidores menors amb repetidores majors; ^{*} p<0.01 comparant primerenques amb repetidores majors.

A més, a més, per dones que havien patit només abús sexual sense contacte físic, hi havien diferències significatives ($p < 0.05$) entre les primerenques i les repetidores menors.

La gravetat dels abusos sexual, físic i psicològic es trobà relacionada de manera significativa i forta ($r = 0.58-0.75$) (Taula 7), confirmant així una de les hipòtesis d'aquesta tesi: que la gravetat dels tres tipus d'experiències d'abús es trobarien relacionades entre elles de manera significativa.

Taula 7. Coeficients de correlació de Spearman entre la gravetat dels tres tipus d'abús, l'ambient familiar, i altres mides de seguiment (valors de significància -p- donats entre parèntesi).

	Freqüència de sobredosis	Freqüència de autolesions	Abús Sexual	Abús Físic	Abús Psicològic	Rauxa interna	Desesperança (Beck)	GHQ-30	PBI cura mare	PBI protecció mare	POMS depressió	POMS angoixa
Freq. d'autolesions	0.225 (0.007)											
Abús Sexual	0.246 (0.008)	0.452 (0.000)										
Abús Físic	0.319 (0.001)	0.396 (0.000)	0.583 (0.000)									
Abús Psicològic	0.429 (0.000)	0.447 (0.000)	0.671 (0.000)	0.748 (0.000)								
Rauxa interna	0.292 (0.030)	0.110 (0.424)	0.360 (0.022)	0.491 (0.002)	0.500 (0.003)							
Desesperança (Beck)	0.000 (0.993)	0.124 (0.180)	0.124 (0.196)	0.210 (0.049)	0.219 (0.050)	0.137 (0.375)						
GHQ-30	0.217 (0.009)	0.089 (0.296)	0.084 (0.376)	0.123 (0.227)	0.170 (0.117)	0.323 (0.017)	0.339 (0.000)					
PBI cura mare	-0.456 (0.000)	-0.143 (0.298)	-0.411 (0.008)	-0.468 (0.003)	-0.483 (0.004)	-0.316 (0.020)	-0.156 (0.311)	-0.292 (0.032)				
PBI protecció mare	0.240 (0.077)	0.342 (0.010)	0.481 (0.001)	0.513 (0.001)	0.516 (0.002)	0.239 (0.082)	0.293 (0.053)	0.338 (0.012)	-0.444 (0.000)			
POMS depressió	0.242 (0.009)	0.050 (0.589)	0.074 (0.445)	0.255 (0.017)	0.239 (0.036)	0.024 (0.876)	0.365 (0.000)	0.363 (0.000)	-0.026 (0.867)	0.436 (0.003)		
POMS angoixa	-0.008 (0.928)	0.136 (0.146)	0.094 (0.333)	-0.032 (0.765)	0.046 (0.691)	-0.131 (0.395)	0.161 (0.086)	0.167 (0.074)	0.244 (0.111)	0.055 (0.724)	0.361 (0.000)	
POMS energia	-0.165	-0.029 (0.760)	0.069 (0.476)	-0.068 (0.533)	-0.026 (0.820)	-0.069 (0.658)	-0.425 (0.000)	-0.327 (0.000)	-0.182 (0.237)	-0.070 (0.649)	-0.436 (0.000)	-0.383 (0.000)

La hipòtesi següent:, que la gravetat de l'abús (indicada per la puntuació de gravetat) i l'abús intrafamiliar prediria comportaments parasuïcides en el futur, també va ser ratificada, ja que tots els tipus d'abús es trobaven relacionats amb la freqüència de les sobredosis medicamentoses ($r > 0.25$) i altres conductes autolesives ($r > 0.4$). A més, a més, vàrem trobar una relació entre el nombre d'episodis parasuïcides, i que els autors de l'abús sexual es trobessin dins la família (abús sexual intrafamiliar), tant per sobredosis ($\chi^2 = 7.8, df = 2, p = 0.02$), com per altres conductes parasuïcides ($\chi^2 = 7.2, df = 2, p = 0.03$).

La següent hipòtesi, que un seguit de variables pre i post abús que també es trobarien relacionades amb la gravetat de l'abús, predirien comportaments parasuïcides, només va rebre, en el nostre estudi, un suport parcial. Dins l'Inventari d'Expressió de la Rauxa, "Angoixa internalitzada" ("*Anger in*"), desesperança (*hopelessness*), Inventari del Lligam a la mare en els tipus de cura i protecció, i valors de depressió en el Perfil dels Estats d'Ànim (*Profile of Mood States, POMS-BI*), es trobaven tots associats amb la gravetat d'un o més tipus d'abús. Tots aquests, excepte la desesperança, i l'Inventari del Lligam a la mare en el tipus de protecció es trobaren relacionats amb la freqüència de sobredosis, però el Lligam a la mare en el tipus de protecció va ser l'únic que es trobà relacionat amb altres comportaments parasuïcides.

Pel que fa a variables d'antecedents, el grau de Lligam a la mare en el tipus de protecció i cura estava relacionat amb la gravetat de tots tres tipus d'abús ($r = 0.4 - 0.5, p < 0.01$).

Pel que fa a psicopatologia present i passada, la història psiquiàtrica en el passat (HPP), el diagnosi psiquiàtric en el moment de la valoració, i el GHQ-30, no es trobaven significativament relacionats amb la gravetat de cap dels tres tipus d'abús. L'angoixa internalitzada es trobava relacionada amb els tres tipus d'abús, i el valor de depressió en el Perfil dels Estats d'Ànim, i el valor de desesperança, tant amb maltractaments físics, com amb abús psicològic. A més, a més, hi havia una relació entre la HPP i el nombre de sobredosis ($\chi^2 = 17.9$, $df = 2$, $p < 0.001$), però no per altres conductes parasuicides; i hi havia una tendència a la relació entre el diagnosi psiquiàtric en el moment de la sobredosi i el nombre d'episodis d'altres conductes parasuicides ($\chi^2 = 5.62$, $df = 2$, $p = 0.06$), però no sobredosis medicamentoses.

La següent hipòtesi, que l'abús seria un contribuïdor independent als comportaments parasuicides, fins i tot tenint en compte el nivell de psicopatologia, va ser confirmada amb l'ajuda de regressió logística. Les variables independents varen incloure els tres tipus d'abús, la HPP, el GHQ-30, l'escala de la desesperança de Beck, i l'escala eufòric-deprimit ("*elated - depressed*") de la forma bipolar del Perfil dels Estats d'Ànim. Les escales del lligam als pares no varen ser incloses ja que només varen ser administrades a un terç de les dones. Les seves associacions seran expressades en raons de odds (*odds ratios*). Cap de les mides de seguiment a la Taula 7 varen ser estadísticament significatives a l'anàlisi de regressió, i no vàrem trobar cap relació per classe social, estat civil, o origen ètnic.

L'associació (utilitzant regressió logística ordenada) entre el nombre de sobredosis preses, tipus d'abús, i mides de seguiment (Taula 8), mostra que un increment d'una unitat en l'escala d'abús sexual es troba associat amb una probabilitat del 5% de que es produeixi una altra sobredosi (RO = 1.05, 95% IC 1.02 – 1.08). Aquest increment és del 2% per maltractaments físics, i del 1% per abús psicològic.

Taula 8. Associació entre el nombre de sobredosis i els tipus d'abús (sexual, físic, i psicològic), i mesures de seguiment

	Abús Sexual	Abús Físic	Abús Psicològic
	RO (95% IC)	RO (95% IC)	RO (95% IC)
Tipus d'abús	1.05 (1.02-1.08)	1.02 (1.01-1.03)	1.01 (1.00-1.02)
HPP ¹	1.23 (0.93-1.61)	1.58 (1.11-2.24)	1.36 (0.91-2.02)
GHQ-30 ²	1.03 (1.00-1.06)	1.02 (0.99-1.05)	1.01 (0.97-1.04)
Desesperança ³	0.97 (0.80-1.07)	0.95 (0.85-1.07)	0.92 (0.82-1.04)
Depressió ⁴	1.16 (1.05-1.29)	1.02 (1.01-1.03)	1.11 (0.97-1.27)

¹Presència d'Història Psiquiàtrica en el Passat; ²Versió de 30 ítems del General Health Questionnaire, ³Escala de la Desesperança de Beck, ⁴POMS-BI Depressió

En el model a on l'abús sexual és inclòs, el valor de depressió en l'escala eufòric - deprimit ("*elated - depressed*") de la forma bipolar del Perfil dels Estats d'Ànim, també fa una contribució independent a la probabilitat que una persona abusada sexualment es prengui una altra sobredosi. En el model a on incloem els maltractaments físics, tant el valor de depressió en

l'escala eufòric - deprimida ("*elated - depressed*") de la forma bipolar del Perfil dels Estats d'Ànim, com la presència de HPP són estadísticament significatives, representant, respectivament, un 2% i un 58% d'increment en la probabilitat de què una altra sobredosi serà presa.

Vàrem obtenir resultats similars per les altres conductes autolesives, amb un 7% per abús sexual, 2% per maltractaments físics, i 1% per abús psicològic (Taula 9), però cap dels altres factors feia una contribució independent a la probabilitat de que una persona abusada presentés una autolesió deliberada.

Taula 9. Associació entre altres conductes autolesives i tipus d'abús (sexual, físic, i psicològic), i mides de seguiment

	Abús Sexual	Abús Físic	Abús Psicològic
	RO (95% IC)	RO (95% IC)	RO (95% IC)
Tipus d'abús	1.07 (1.04-1.11)	1.02 (1.01-1.03)	1.01 (1.00-1.01)
HPP ¹	1.12 (0.85-1.48)	1.17 (0.85-1.62)	1.25 (0.85-1.83)
GHQ-30 ²	1.01 (0.98-1.04)	1.01 (0.98-1.04)	1.00 (0.97-1.03)
Desesperança ³	1.07 (0.95-1.20)	1.06 (0.94-1.20)	1.00 (0.89-1.13)
Depressió ⁴	0.97 (0.89-1.06)	0.89 (0.80-0.99)	0.95 (0.84-1.07)

¹Presència d'Història Psiquiàtrica en el Passat; ²Versió de 30 ítems del General Health Questionnaire,

³Escala de la Desesperança de Beck, ⁴POMS-BI Depressió.

Hi havia una relació entre el nombre de sobredosis preses i tant abús sexual de contacte i abús sexual sense contacte físic (Taula 10).

Taula 10. Associació entre el nombre de sobredosis i els tipus d'abús sexual (amb i sense contacte), el grup d'edat quan l'abús es va produir, i mides de seguiment

	Tipus d'abús sexual		Grup d'edat quan l'abús sexual es va produir			
	Sense-Contacte	Amb Contacte	edat 0-7	edat 7-13	edat 13-16	Edat 16 +
	RO (95% IC)	RO (95% IC)	RO (95% IC)	RO (95% IC)	RO (95% IC)	RO (95% IC)
Abús Sexual	1.12 (1.04-1.20)	1.09 (1.04-1.13)	1.09 (1.01-1.18)	1.09 (1.02-1.16)	1.07 (1.00-1.15)	1.12 (1.05-1.19)
HPP ¹	1.22 (0.93-1.60)	1.24 (0.94-1.62)	1.20 (0.92-1.57)	1.21 (0.93-1.59)	1.27 (0.97-1.66)	1.37 (1.04-1.81)
GHQ-30 ²	1.03 (1.00-1.06)	1.03 (1.00-1.06)	1.02 (1.00-1.05)	1.02 (1.00-1.05)	1.03 (1.00-1.06)	1.03 (1.01-1.07)
Desesperanç ³	0.97 (0.88-1.07)	0.97 (0.88-1.07)	0.99 (0.90-1.09)	0.99 (0.89-1.09)	0.99 (0.90-1.10)	0.98 (0.89-1.08)
Depressió ⁴	1.16 (1.04-1.29)	1.16 (1.05-1.30)	1.14 (1.03-1.27)	1.17 (1.05-1.30)	1.16 (1.05-1.29)	1.12 (1.05-1.19)

¹Presència d'Història Psiquiàtrica en el Passat; ²Versió de 30 ítems del General Health Questionnaire, ³Escala de la Desesperança de Beck, ⁴POMS-BI Depressió.

Un increment d'una unitat en les escales d'abús sexual, portaren un risc del 12% (sense contacte) i del 9% (amb contacte) de prendre's una altra sobredosi.

EL GHQ-30 i el valor de depressió en l'escala eufòric - deprimit ("*elated - depressed*") de la forma bipolar del Perfil dels Estats d'Ànim feien una contribució independent en cadascun dels anàlisis a la probabilitat de que una sobredosi seria presa.

En el model a on la ocurrència d'abús sexual per damunt dels setze anys es va incloure, la presència d'una HPP també va ser estadísticament

significativa, i representa un 37% de la probabilitat de que una altra sobredosi serà presa (Taula 10). Resultats similars varen ser obtinguts per les altres conductes autolesives. Així, un increment d'un punt en les escales d'abús sexual, representà un increment del 19% en la probabilitat d'abús sexual sense contacte i del 10% per abús sexual amb contacte físic, de que es produís una conducta autolesiva. Aquesta, podia incloure tallar-se, rascar-se fins a fer-se mal, donar-se cops, petades, etc. El risc d'aquestes conductes en els diferents grups d'edat augmentava fins a l'edat dels 13 anys, i aleshores disminuïa. Per altra banda, no vàrem trobar associacions significatives amb cap de les mides de seguiment (Taula 11).

Taula 11. Associació entre altres conductes autolesives i tipus d'abús sexual amb i sense contacte), el grup d'edat quan l'abús es va produir, i mides de seguiment

	Tipus d'abús sexual		Grup d'edat quan l'abús sexual es va produir			
	Sense-contacte	Amb Contacte	edat 0-7	edat 7-13	edat 13-16	Edat 16 +
	RO (95% IC)	RO (95% IC)	RO (95% IC)	RO (95% IC)	RO (95% IC)	RO (95% IC)
Abús Sexual	1.19 (1.09-1.30)	1.10 (1.05-1.15)	1.08 (1.00-1.16)	1.16 (1.07-1.24)	1.12 (1.04-1.20)	1.07 (1.01-1.13)
HPP ¹	1.10 (0.83-1.45)	1.13 (0.86-1.49)	1.10 (0.84-1.43)	1.09 (0.83-1.43)	1.16 (0.89-1.51)	1.19 (0.91-1.54)
GHQ-30 ²	1.01 (0.98-1.04)	1.01 (0.98-1.04)	1.01 (0.98-1.04)	1.01 (0.98-1.03)	1.01 (0.98-1.04)	1.02 (0.99-1.04)
Desesperanç ³	1.06 (0.94-1.18)	1.08 (0.96-1.21)	1.08 (0.97-1.21)	1.08 (0.96-1.21)	1.08 (0.97-1.21)	1.08 (0.97-1.20)
Depressió ⁴	0.97 (0.89-1.06)	0.97 (0.88-1.06)	0.96 (0.88-1.04)	0.98 (0.90-1.08)	0.98 (0.90-1.07)	0.94 (0.86-1.03)

¹Presència d'Història Psiquiàtrica en el Passat; ²Versió de 30 ítems del General Health Questionnaire, ³Escala de la Desesperança de Beck, ⁴POMS-BI Depressió.

Cas-Control

Una comparació de les característiques d'aquelles dones que s'havien pres una sobredosi i foren aparellades, aquelles que no varen poder ser aparellades, i de les primeres 70 de l'estudi inicial admeses després d'una sobredosi, no va revelar cap diferència significativa en la seva edat, nombre de sobredosis ingerides, classe social, estat civil, o durada de l'admissió (Taula 12).

Taula 12. Comparació de les característiques de les dones que s'havien pres una sobredosi i foren aparellades (mostra aparellada, n=21) i d'aquelles que no varen poder ser aparellades (n=15)

		Aparellada		Sense aparellar	
		n	(%)	n	(%)
Edat [mitja (ds)]		34,5	(11,3)	34,8	(9,8)
Estat civil	Casada	5	(23,8)	4	(26,6)
	Altres	16	(76,2)	11	(73,3)
Classe social	Alta	4	(19,0)	3	(20,0)
	Mitja	6	(28,6)	4	(26,7)
	Baixa	11	(52,4)	8	(53,3)
Nombre total de sobredosis	1	11	(52,4)	8	(53,3)
	de 2 a 4	8	(38,1)	6	(40,0)
	més de 5	2	(9,5)	1	(6,7)
Durada de l'admissió	1 nit	14	(66,7)	10	(66,7)
	2 nits	5	(23,8)	4	(26,6)
	3 ó més	2	(9,5)	1	(6,7)

Les dones admeses després de prendre's una sobredosi tenien una probabilitat de 12 a 15 vegades més alta que les controls d'haver patit abús sexual de contacte (raó de odds: 15,0 [interval de confiança del 95%: 2,0 a 113,6]), abús sexual sense contacte (12,0 [1,6 a 92,3]) i ambdós tipus d'abús (13,0 [1,7 a 94,0]) (Taula 13).

De les cinc dones en el grup control que havien patit abús sexual de contacte, totes elles tenien una història de comportaments parasuicides (tres mitjançant conductes autolesives, i dues amb sobredosis de fàrmacs). Això és molt significatiu quan ho comparem amb només una de les 16 dones sense una història d'abús sexual de contacte ($p < 0,01$).

A més, a més, les dones admeses després d'una sobredosis de fàrmacs tenien una probabilitat 4 vegades més alta d'haver patit tant abús extrafamiliar (4,0 [1,1 a 14,2]), com intrafamiliar (4,5 [0,9 a 20,8]), tot i que aquest darrer resultat està al límit de la significació estadística ($p = 0,054$). També tenien una probabilitat 6 vegades més alta d'haver estat abusades quan eren més joves (abans dels 13 anys) (6,0 [1,3 a 26,8]), i d'haver experimentat tant abús psicològic (1,02 [1,0 a 1,05]) com maltractaments físics (1,05 [0,99 a 1,12]), tot i que, una altra vegada, aquesta associació es trobi en el límit de la significació estadística ($p=0,081$) (Taules 13 i 14).

Taula 13: Comparació de casos i controls pel que fa a història d'abús sexual, físic i psicològic a l'infantesa. Quantificació en raó de odds (RO) i el seu interval de confiança del 95% (IC 95%)

	Casos		RO	(IC 95%)
	Exposats	No-exposats		
	Controls si/no	Controls si/no		
<u>Abús sexual</u>				
De contacte	4/15	1/1	15,0	(2,0 - 113,6)**
Sense contacte	5/12	1/3	12,0	(1,6 - 92,3)**
De qualsevol tipus	6/13	1/1	13,0	(1,7 - 94,0)**
Primera experiència				
Abans dels 13 anys	2/12	2/5	6,0	(1,3 - 26,8)*
Després dels 13 anys	1/4	1/15	4,0	(0,5 - 35,8)
Intrafamiliar				
Intrafamiliar	1/9	2/9	4,5	(0,9 - 20,8) ⁺
Extrafamiliar				
Extrafamiliar	1/12	3/5	4,0	(1,1 - 14,2)*
<u>Abús físic</u> [mitjana (ds)]	72 (67)	15 (28)	1,05	(0,99 - 1,12) ⁺
<u>Abús psicològic</u> [mitjana (ds)]	214 (105)	34 (61)	1,02	(1,00 - 1,05)*

+p<0,1; *p<0,05; **p<0,01

Taula 14 Comparació dels casos i controls aparellats per història d'abús sexual

		<i>Tipus d'abús sexual</i>					
		<u>Contacte</u>		<u>Sense contacte</u>		<u>Qualsevol tipus</u>	
		CONTROL		CONTROL		CONTROL	
CAS	Si	Si 4	No 15	Si 5	No 12	Si 6	No 13
	No	1	1	1	3	1	1
		2= 12.250; p < 0.001 RO= 15.0 95%IC= (2.0, 113.6)		2= 9.308; p < 0.01 RO= 12.0 95%IC= (1.6, 92.3)		2= 10.286; p < 0.01 RO= 13.0 95%IC= (1.7, 92.3)	

Les dones admeses després de prendre's una sobredosi percebien les seves mares com a més protectores, però oferint menys cura, i presentaven valors de psicopatologia en el GHQ-30 més alts (Taula 15).

Taula 15. Diferències entre sobredosis medicamentoses (casos) i no sobredosis medicamentoses (controls) utilitzant Raons de Odds (RO) i el seu interval de confiança del 95% (95% IC)

	Casos si/no	Control s si/no	RO	(95% IC)
1era experiència d'abús sexual - dels 0 als 13 anys	14/7	4/17	6.00	(1.34, 26.80)*
- més gran de 13 anys d'edat	5/16	2/19	4.00	(0.45, 35.78)
Abús sexual intrafamiliar	10/11	3/18	4.50	(0.97, 20.83) ⁺
Abús sexual extrafamiliar	13/8	4/17	4.00	(1.13, 14.17)*
Altres conductes autolesives	10/11	4/17	3.90	(0.97, 15.44) ⁺
GHQ-30 [mitjana (ds)]	65 (15)	27 (14)	1.19	(1.07, 1.31)**
Cura de la mare [mitjana (ds)]	15 (9)	28 (8)	0.88	(0.80, 0.98)*
Protecció de mare [mitjana (ds)]	21 (9)	11 (6)	1.21	(1.03, 1.42)*
Abús Físic [mitjana (ds)]	72 (67)	15 (28)	1.05	(0.99, 1.12) ⁺
Abús Psicològic [mitjana (ds)]	214 (105)	34 (61)	1.02	(1.00, 1.05)*

⁺p<0.1, * p<0.05, ** p<0.01

Investigant l'Àmbit Familiar

Pel que fa als resultats de la investigació de l'ambient familiar amb la utilització de mesures parentals, l'Instrument del Lligam als Pares (*Parental Bonding Instrument, PBI*) ens va mostrar que tot i que les experiències d'abús podrien estar relacionades amb qualsevol dels quatre quadrants del *PBI*, aquest fet era molt més probable amb els que presentaven un valor de cura baixa per les mares, sobretot quan l'abús era de tipus intrafamiliar.

La utilització del Inventari d'Expressió de la Rauxa (*Anger Expression Inventory, AXI*) va demostrar que les experiències d'abús porten a valors elevats en cadascuna de les seves tres escales. A més, a més, i pel que fa referència a la relació entre l'*AXI* i el *PBI*, uns valors alts en la escala de protecció en el *PBI* es trobaven relacionats amb la rauxa internalitzada (*anger in*); una cura amb valors baixos (low care) en el *PBI* es trobava relacionada a la rauxa externalitzada (*anger out*); mentre que uns valors alts en la escala de protecció i baixos en la de cura en el *PBI* es trobaven relacionats de manera significativa a la rauxa controlada (*anger control*) en el *AXI*.

Per altra banda, uns resultats alts en l'escala V de Maquiavelianisme (*The Machiavellianism V Scale*; Christie i Geis, 1970) es trobaren relacionats amb una història d'experiències d'abús.

Aprofundint en l'Inventari d'Expressió de la Rauxa (*Anger Expression Inventory, AXI*), els resultats descrits mostren que les experiències d'abús porten a valors elevats en cadascuna d'aquestes tres escales. A més, a més, i pel que fa referència a la relació entre l'*AXI* i el *PBI*, uns valors alts en la escala de protecció en el *PBI* es trobaven relacionats amb la rauxa internalitzada (*anger in*). Una cura amb valors baixos (low care) en el *PBI* es trobava relacionada a la rauxa externalitzada (*anger out*); mentre que uns valors alts en la escala de protecció i baixos en la de cura en el *PBI* es trobaven relacionats de manera significativa a la rauxa controlada (*anger control*) en el *AXI*.

En examinar l'Escala del Locus de Control (LOC) Multidimensional (Levenson, 1973, 1981), vàrem trobar que les dones abusades tenien un valor alt en la dimensió d'impotència, i que el seu valor en les dimensions de poder estava

relacionat amb el seu valor a l'escala V de Maquiavelisme.

Tant l'escala V de Maquiavelisme, com l'escala del Locus de Control (LOC) Multidimensional, que son ahora mides de poder i d'impotència, tenien una clara relació amb el *PBI* i l'*AXI*.

La Importància de la Impotència

En valorar els resultats obtinguts amb l'Escala del Locus de Control (LOC) Multidimensional, vàrem veure que aquí els individus abusats tenien un valor alt en la dimensió d'impotència, i el seu valor en les dimensions de poder es trobava relacionat amb el seu valor a l'Escala V de Maquiavelisme.

Tant l'Escala V de Maquiavelisme, com l'Escala del Locus de Control (LOC) Multidimensional, que són ahora mides de poder i d'impotència, es trobaven correlacionats amb el *PBI* i l'*AXI*. En les pacients participants en aquest estudi, un comportament protector amb un nivell alt de rauxa externalitzada (*anger out*) anava associat amb un nivell alt de poder alt, especialment en la Escala V de Maquiavelisme. Per altra banda, la rauxa internalitzada (*anger in*) i la rauxa controlada (*anger control*) es trobaven relacionades amb un nivell alt d'impotència.

A les pacients mostrant comportaments parasuicides els hi vàrem preguntar si pensaven en les seves experiències sexuals negatives abans de prendre's la sobredosi. El resultat va ser que rarament ho feien.

Finalment, la Taula 16 ens ofereix una petita finestra als resultats d'aquest treball en diferenciar els dos components dels comportaments parasuicides, les sobredosis de medicaments, i les conductes autolesives intencionades.

Taula 16. Parasuïcidi

Sobredosi	Conductes Autolesives
➤ PBI: Relació Inversament proporcional amb la Cura Maternal	➤ PBI: Rel. Directament proporcional amb la Protecció Materna
➤ Relació a mides de Psicopatologia present o passada	➤ No Relació a mides de Psicopatologia present o passada

Les experiències d'abús sexual en el passat es trobaren associades amb nivells significativament més alts d'impotència. Les mides d'impotència (*trait powerlessness*) eren (a) un Locus de Control Extern significativament més alt ($r = 0.54$), i (b) un Maquiavelisme significativament més baix ($r = -0.63$).

Les mides d'estat d'impotència eren més elevades just abans de prendre's la sobredosi en les dones que havien patit abús sexual en el passat.

Aquest era el cas quan els hi vàrem preguntar directament ($p < 0.01$) en comparar el resultat amb controls.

Les dones que han estat abusades sexualment presentaren valors de Locus de Control (*LOC*) Intern significativament més alts que les que no han estat abusades. Les dones que havien patit abús, tot sovint, es sentien responsables per el seu abús, perquè creien que el tindrien que haver evitat o estat capaces de parar-lo. Així, es donen la culpa a elles mateixes per el que va passar. Tot sovint tenen emocions internalitzades (per exemple, ràbia) que creuen que podrien ser molt destructives i poderoses si les deixessin expressar. Així, viuen una mena de "fantasia omnipotent".

Els valors que ens indicarien aquest fet serien un afecte negatiu alt en el Perfil dels Estats d'Ànim, i els valors alts d'impotència i desesperança. Ningú abans ha demostrat que les dones que han estat abusades sexualment tenen alhora valors alts dels Locus de Control externs i interns, és a dir, que es senten alhora impotents i poderoses.

El valor de la mitjana de situacions atribuïdes a altres poderosos és significativament ($p < 0.01$) més alt que el valor de la mitjana de les situacions atribuïdes a l'atzar, i alhora aquest seria més alt ($p < 0.01$) que el valor mitjà de les situacions atribuïdes a un mateix. Aquest era el cas, especialment, en les dones que havien patit abús sexual, i en aquelles amb valors alts d'impotència i valors baixos de desesperança. Per primera vegada s'ha demostrat empíricament que dones que han estat abusades sexualment són particularment sensibles a situacions adverses de la vida diària que han estat causades per altres persones en posicions de percebut poder.

L'evidència que el "balanç afectiu" es troba afectat en el moment de la sobredosi ens ve arrel de la correlació estadística ($r = 0.45$) significativa ($p < 0.01$) del valor de l'estat d'ànim positiu (escala energètic-cansat del *POMS*) amb el de l'estat d'ànim negatiu (escala compostat-angoixat del *POMS*). En confirmar aquestes correlacions, de fet, estem il·luminant el procés que precipita la sobredosi medicamentosa. El que significa és que arribem a un llindar, a partir del qual l'equilibri és afectat. En confirmar aquesta hipòtesi també ratifiquem la importància de l'impotència.

Efectes específics de l'Abús

Les que havien estat abusades sexualment presentaren més problemes sexuals seriosos que les que no havien estat abusades sexualment, especialment vaginisme i manca de satisfacció, i anorgàsmia. A més a més, l'Escala de Sexualitat de Snell i Papini ens informa que presenten uns valors significativament més elevats de depressió ($p < 0.05$) i preocupació sexuals ($p < 0.01$).

Les dones que havien patit maltractaments físics tenien una tendència a presentar símptomes de somatització ($p = 0.065$), uns valors més elevats a l'Índex d'Hipocondriasi de Whitley ($p < 0.1$), i era més probable que les controls que haguessin experimentat amb altres conductes autolesives intencionades (a part de les sobredosis medicamentoses), per exemple tallar-se. Com he mostrat abans, aquest també era el cas de les que havien patir abusos de tipus sexual.

Les dones que havien patit abús psicològic presentaren més problemes per expressar els seus sentiments, mostrat per valors més elevats a l'Escala d'Alexitímia de Toronto ($p < 0.05$), i uns valors significativament menors d'autoestima ($p < 0.01$), mesurats mitjançant el qüestionari d'autoestima de Robson. En aquestes dues escales, també hi trobarem relacions amb les dones que havien estat abusades sexualment i maltractades físicament, confirmant el seu efecte específic petit, i el seu efecte general gran.

Una presentació més detallada de tots aquests resultats, incloent taules, es pot trobar en els articles originals, que formen part integral d'aquesta tesi (Secció III).

RESUM

Les persones amb una història d'abús i maltractaments presenten una prevalència més elevada de comportaments parasuïcides, un terme que inclou sobredosis intencionades de medicaments i conductes autolesives deliberades. Malauradament però, hi ha una manca d'informació en voltant de la prevalència de les experiències d'abús en aquelles que han presentat comportaments parasuïcides.

En aquest treball hem utilitzat versions modificades de qüestionaris estandarditzats d'autocomplexió d'abús sexual, físic i psicològic. També mides de psicopatologia general, i de l'estil parental. Aquests, varen ser administrats a una mostra de 257 dones que havien estat admeses de manera consecutiva durant un any a un hospital general d'Anglaterra, després de prendre una sobredosi medicamentosa intencionada.

Molt pocs estudis han intentat definir el lligam entre una història d'abús sexual i el comportament parasuïcida subseqüent. En l'anàlisi de les dades, vàrem utilitzar correlacions i models de regressió logística per examinar la relació entre freqüència dels comportaments parasuïcides, la gravetat dels abusos sexual, físic i psicològic, i diverses mesures de seguiment en el mateix grup de 257 dones admeses de manera consecutiva a un Hospital General a Anglaterra després de prendre una sobredosi medicamentosa.

Els estudis cas-control han demostrat que els comportaments parasuïcides són més freqüents en gent que ha patit abusos i maltractaments, però no existeixen estudis d'aquesta mena que confirmin

que les experiències d'abusos i maltractaments són més comuns en poblacions que mostrin comportaments parasuïcides. El nostre estudi demostra que les experiències d'abús (sexual, físic i psicològic) es donen amb major freqüència en dones que s'han pres una sobredosi medicamentosa, que en controls.

Per l'estudi cas-control, la mostra foren 36 dones que havien estat admises de manera consecutiva en un hospital general a Anglaterra després d'una sobredosi. Aquestes, varen ser aparellades amb la següent admissió (per motiu diferent a una sobredosis) en el mateix hospital, controlant 6 variables: sexe, edat, zona de residència, origen ètnic, classe social, i estat civil.

Aquest treball suggereix que l'abús sexual és molt prevalent en les dones que es prenen sobredosis de fàrmacs. Un 72% de les dones van descriure algun tipus d'abús sexual, i un 51% havien patit abús sexual amb penetració o intent de penetració.

Les Repetidores Majors, dones que s'havien pres 5 sobredosis o més, havien estat abusades amb més gravetat en els tres tipus d'abús. A més, a més, havien estat abusades més aviat (abans dels tretze anys d'edat), durant períodes de temps més llargs, i era més probable que l'abús sexual es tornés a donar altra vegada en l'edat adulta (després dels setze anys).

La gravetat dels tres tipus d'abús va estar clarament relacionada amb la freqüència dels comportaments parasuïcides, però no amb les mesures de psicopatologia. Tant abús com psicopatologia, feien contribucions

independents a la probabilitat de prendre's una sobredosis, però únicament l'abús contribuïa a la ocurrència de conductes autolesives.

L'estudi cas-control va mostrar que, per les pacients admeses després d'una sobredosi, era molt més probable (raó de odds: 15.0, interval de confiança del 95%: 2.0 a 113.6) que haguessin estat abusades sexualment (tant de manera intrafamiliar com extrafamiliar), i era una mica més probable que haguessin patit maltractaments físic (1.05, 1.00 a 1.12) i psicològic (1.02, 1.00 a 1.05). També era més probable que l'abús s'hagués donat més aviat durant la infantesa; que haguessin estat exposades a un estil parental en el que les mares havien estat excessivament protectores i controladores, però sense oferir afecte i calor, i que mostressin altres conductes autolesives.

En aquest treball hem demostrat que abús sexual amb alts nivells d'intrusió es dona de manera molt freqüent en dones que es prenen sobredosis de fàrmacs. A més, a més sabem que abús sexual prediu la repetició dels comportaments parasuïcides. Així, podem cloure aquesta síntesi afirmant que és molt important el preguntar sobre experiències d'abús durant la valoració psiquiàtrica rutinària després d'una sobredosi.

DISCUSSIÓ

Aquest estudi suggereix que l'abús sexual és molt prevalent en la població de les dones que es prenen sobredosis de medicaments. Una prevalença alta (50.9%) va ser obtinguda per el tipus d'abús amb més intrusió (involucrant penetració o intent de penetració). Aquestes xifres varen augmentar en utilitzar una definició més ampla d'abús sexual. Així doncs, l'abús sexual experimentat per la població estudiada comporta un grau alt d'intrusió. De les dones que varen relatar abús sexual, un 80.7% el varen patir per primera vegada abans dels setze anys. A més a més, en una proporció significativa (10.5%) va succeir abans dels set anys, sobretot en les dones que s'havien pres cinc o més sobredosis (27.3%). Abús sexual està present en totes les edats, essent més comú (prevalença més alta) dels 13 als 16 anys; però presentant la incidència més alta dels 7 als 13 anys. Com més sobredosis s'havien pres les dones, més joves eren a l'edat en que l'abús havia començat.

Les prevalences d'abús sexual que trobem en el nostre estudi excedeixen aquelles que obtenim en altres estudis de dones que han pres sobredosis, donant suport a la nostra primera hipòtesis. Altres estudis comparables varen utilitzar una entrevista amb una o dues preguntes de screening. El estudi holandès d'en van Egmond (van Egmond et al., 1993) va obtenir la proporció més comparable d'abús sexual, un 50%, preguntant sobre relacions sexuals forçades i sexe en contra de la seva voluntat.

El nostre treball demostra que proporcions altes d'abús sexual poden ser obtingudes utilitzant mides d'autocomplexió, mitjançant un qüestionari. Això és important, ja que tradicionalment s'ha pensat que en aquest camp els qüestionaris produeixen prevalences menors que les entrevistes (Peters et al., 1986). Així, tot i que no vàrem fer una comparació directa entre les dues metodologies (qüestionari vers entrevista), resulta raonable pensar que les modificacions metodològiques incorporades en els qüestionaris contribuïren a les altes proporcions obtingudes.

La modificació del Sexual Life Events Inventory (Oppenheimer et al., 1985) sembla haver resultat en una escala ordinal amb un gran potencial per a la

utilització a nivell clínic i de recerca. Aquest darrer punt va estar corroborat amb la utilització d'una regressió logística ordenada en el nostre estudi. La gravetat dels abusos sexual, físic i psicològic era major en les repetidores majors (dones que s'havien pres cinc sobredosis medicamentoses o més) que en les que només s'havien pres una sobredosis (primerenques), confirmant la nostra segona hipòtesi. Era significativament més probable que les repetidores majors haguessin estat abusades sexualment, quan les comparem amb les que només s'havien pres una sobredosis, fins i tot utilitzant la definició més ampla d'abús (72% vers 41%). Els nostres resultats confirmen i amplien els resultats d'altres estudis que comparen una història d'abús sexual en repetidores i primerenques, que varen obtenir unes prevalences de 53% vers 15% (Taylor et al., 1994), 77% vers 52% (van Egmond & Jonker, 1988), 25% vers 11% (Hjelmeland & Polit, 1996), i 70% vers 63% (Martin, 1996). Els punts forts d'aquest estudi són el nombre relativament alt d'admissions consecutives de dones, la incorporació dels avenços metodològics al qüestionari d'abús sexual, incloent tot el ventall de possibles definicions d'abús sexual, i la utilització d'una metodologia confidencial d'autocomplexió minimitza el biaix. Malgrat tot, però, cal interpretar el resultat tenint molt en compte els paràmetres de la investigació: Primer de tot, únicament vàrem estudiar dones, de manera que els resultats poden no ser generalitzables als homes. En segon lloc, la informació obtinguda es basa en informació obtinguda de manera retrospectiva, que pot haver estat sotmesa a distorsions, omissions, i addicions. Fins que no coneixem més en voltant de la consistència de les memòries a llarg termini dels traumes de la infantesa (Henman i Schatzow, 1987; Low et al., 2000), aquesta font potencial de biaix no pot ser valorada de manera precisa. Finalment, quasi 45% de la mostra no va completar els qüestionaris. Aquesta proporció es similar a recerca prèvia en aquest camp, fent preguntes de detalls molt personals (50% en el treball de Russell, 1983; 55% en el de Wyatt, 1985). Entrevistes breus fent preguntes en voltant del

tema de l'abús, en aquells que s'han pres sobredosis medicamentoses han conquerit proporcions un xic més altes (59% en van Egmond i col., 1993; 65% a Taylor i col., 1994; i 76% a Hjelmeland i Bjerke, 1996). Tot i així, quan vàrem comparar els que van prendre part en el nostre estudi (55.3%) amb els que no ho varen fer, no vàrem trobar evidència de un biaix de selecció de casos.

Els nostres resultats donen suport a la hipòtesi que estableix que la experiència d'abús sexual a la infantesa posa als adults sota un risc especial de sobredosis medicamentoses conseqüents i de conductes auto-lesives. Tot i que els estudis retrospectius no poden establir lligams causals, el nostre estudi suggereix que l'associació entre abús sexual a l'infantesa i conductes parasuïcides subseqüents podria ser de tipus causal. Quatre punts tenen una importància vital en fer aquesta afirmació: Primer, sobredosis i conductes autolesives es donen rarament abans del primer incident d'abús sexual (cap en la nostra mostra), tot i que el grup d'edat més comú per començament de l'abús sexual (de 7 a 13 anys) és abans de l'edat quan les sobredosis o altres conductes autolesives solen començar.

Segon, la presència o absència d'abús es troba relacionada al nombre de sobredosis i altres conductes autolesives.

Tercer, altres treballs de recerca han mostrat que l'abús sexual pot predir comportaments parasuïcides subseqüents (van Egmond i col., 1993; Yeo i Yeo, 1993; Low i col., 2000), i resulta ser un dels pocs factors que varen predir repetició en anàlisis prospectives dels que prenen sobredosis medicamentoses per primera vegada (Hjelmeland i Polit, 1996).

Finalment, la gravetat de l'abús sexual (al igual que la del físic i psicològic) augmenta en associació amb la freqüència de sobredosis i altres conductes autolesives, amb l'anomenat "efecte de dosificació". Aquest efecte ha estat ratificat per la troballa en estudis a la comunitat de que l'abús sexual amb més grau d'intrusió i freqüència és més probable que estigui associat amb sobredosis i altres conductes autolesives (Romans i

col., 1995). Això no era només davant la utilització de la força o l'amenaça de la utilització de força (Beitchman i col., 1992).

La presència d'una relació causal d'aquesta mena té implicacions molt importants per a la Seguretat Social. La sobredosi intencionada de medicaments ha estat des dels anys seixanta la causa més comú d'admissió mèdica urgent per a les dones de la Gran Bretanya (Hawton i Fagg, 1992). A més, a més, té la segona proporció específica de l'edat més alta dels tretze països en el WHO/EURO estudi multicèntric en parasuïcidi (Schmidtke i col., 1996).

Aquelles dones amb una història de sobredosi tenen un risc elevat de repetició i de completar un episodi de suïcidi. Així, la proporció de repetició de comportaments parasuïcides ha incrementat tant en nois com en noies durant la passada dècada (Hawton i col., 1997). D'aquesta manera, durant l'any després d'una sobredosi, un 1% de la gent que s'han pres una sobredosi s'acaben matant, i d'un 3 al 10% ho fan en un futur indeterminat de la seva vida (Hawton i Fagg, 1988). La importància d'aquest tema queda il·lustrada en el punt dotze del programa de la Organització Mundial de la Salut (OMS, WHO) per la regió Europea, que consisteix en assolir una reducció sostinguda i continuada de les proporcions de suïcidi i intent de suïcidi (WHO, 1992).

Tot i que encara no estem del tot segurs si abús sexual o la seva gravetat pronostiquen suïcidi, hem demostrat que abús sexual amb alts nivells d'intrusió es dona de manera molt freqüent en dones que es prenen sobredosis de fàrmacs, i sabem que abús sexual prediu repetició (van Egmond i col., 1993; Yeo i Yeo, 1993; Hjelmeland i Polit, 1996; Low i col., 2000). Així, podem cloure aquest punt afirmant que és molt important el preguntar sobre experiències d'abús durant la valoració psiquiàtrica rutinària després d'una sobredosi.

Una altra associació interessant trobada recentment ha estat la que lliga nivells alts de dissociació i baixos d'autoestima, amb una freqüència incrementada de comportaments parasuïcides (Low i col., 2000). Aquesta associació és teòricament congruent, i portaria implicacions terapèutiques.

La modificació del *Sexual Life Events Inventory* (Oppenheimer i col., 1985) va resultar en la creació d'una escala ordinal molt útil, el nostre Qüestionari d'Experiences Sexuals (Coll i col., 1998; Law i col., 1998; Coll i col., 2000). La seva utilitat queda il·lustrada en la possibilitat d'establir una associació multivariada utilitzant regressió logística ordenada.

Els valors indicadors de la gravetat dels abusos sexual, físic i psicològic es troben correlacionats entre ells ($r > 0.58$), indicant que tendeixen a succeir plegats en certs individus d'aquesta població. Les associacions (de $r = 0.25$ a $r = 0.45$) entre la gravetat dels tres tipus d'abús i la freqüència de sobredosis i altres comportaments autolesius, suggereixen que aquest abús tindria que ser considerat com a factor de risc per els dos tipus de conductes parasuicides. Aquesta opinió troba, a més a més, suport quan apreciem que aquestes correlacions son més altes que aquelles entre els dos tipus de comportaments parasuicides ($r = 0.22$).

En el nostre estudi, potser de manera sorprenent, la gravetat de l'abús no es trobà relacionada amb psicopatologia present o passada, excepte per un petit nombre de variables relacionades amb maltractaments físics o abús psicològic (desesperança, estat d'ànim deprimat, i rauxa internalitzada). Malgrat tot, les mides de psicopatologia present o passada, tenien la capacitat de predir la freqüència de les sobredosis, però no la freqüència d'altres conductes autolesives, suggerint que es tracten de processos etiològicament diferents.

No hi han estudis previs de parasuicides que hagin descrit una relació entre la gravetat de l'abús i els valors del GHQ-30. Estudis de dones que han estat abusades sexualment han mostrat una relació clara entre la gravetat de l'abús i els valors del GHQ (Mullen i col., 1993; Romans i col., 1995). Aquests estudis, però, utilitzaren el GHQ-28 en lloc del GHQ-30, de manera que els resultats pot ser que estiguin afectats per els ítems de la subescala de la depressió del GHQ-28 (que té 4 ítems relacionats a la ideació suïcida).

La gravetat dels tres tipus d'abús es trobava relacionada a les experiències de paternatge mesurades per l'instrument del Lligam a la mare, en les

seves escales de cura i protecció. La dimensió de cura materna es trobà altament relacionada amb la freqüència de les sobredosis, però no amb la freqüència d'altres conductes autolesives, mentre que la protecció materna es trobà altament relacionada amb la freqüència d'altres conductes autolesives, però no amb el nombre de sobredosis preses, altra vegada indicant una separació etiològica. A més, a més, la cura maternal i la protecció maternal es trobaven negativament relacionades ($r = - 0.44$), donant suport a la hipòtesi de que "control sense afecte" ("*affectionless control*") és el tipus parental que trobem amb més freqüència. Diversos investigadors han afirmat que aquest estil parental és especialment patològic (Parker i col., 1992). De fet, va ser l'estil parental que es donà amb major freqüència, tant en mares com en pares, d'una cohort de dones abusades sexualment, quan aquestes varen ser comparades amb controls (Mullen i col., 1993).

El descobriment que la rauxa internalitzada ("*anger in*") es trobava relacionada amb els tres tipus d'abús, i amb la freqüència de les sobredosis de medicaments, però no amb altres conductes autolesives, té importància especial, doncs això no havia estat descrit amb anterioritat. La "rauxa externalitzada" ("*anger out*") s'ha cregut característica de conductes autolesives com tallar-se. Així doncs, va ser una sorpresa el no trobar correlacions significatives amb la "rauxa externalitzada". Aquest fet podria ser explicat en tenir en compte els problemes metodològics del qüestionari de la Hostilitat i de la Direcció de la Hostilitat (*Hostility and Direction of Hostility Questionnaire, HDHQ*), que ha estat utilitzat per la majoria dels estudis previs, i que podria ser una mesura pobre de rauxa internalitzada o intrapunitivitat (Edmunds i Kendrick, 1980).

Els models de regressió logística ordenada han demostrat que els abusos sexuals, físics, i psicològics, en considerar-se per separat, cadascun participa de manera independent al risc, tant de sobredosis, com d'altres conductes autolesives. No hi varen haver altres variables que varen fer contribucions independents a la probabilitat d'altres conductes autolesives, però tres variables mesurant el nivell de psicopatologia varen contribuir a la

probabilitat de prendre's una sobredosi: un estat d'ànim depressiu en el moment de la sobredosi, psicopatologia en el present, i una història psiquiàtrica en el passat. Ens va sorprendre que el valor de desesperança en el moment de la sobredosi no va contribuir de manera independent en cap dels models analitzats.

Les troballes d'aquesta tesi doctoral, i l'evidència de la literatura en general dona suport a dos tipus de lligams de manera primària entre experiències d'abús sexual i comportaments parasuïcides.

Primer, un lligam no-específic on l'abús sexual és un element d'una complexa matriu d'experiències adverses de tipus familiar, social i interpersonal (Mullen i col., 1993), que no són específiques perquè hi han altres factors que hi contribueixen amb aproximadament la mateixa intensitat. Així, les comparacions de dones abusades amb dones controls que no han estat abusades, mostren un seguit de diferències. Aquestes diferències inclouen estils de paternatge més dolents, més experiències familiars adverses, més problemes de relacions, una autoestima més baixa, i valors més alts de psicopatologia (Mullen i col., 1993; Romans i col., 1995). Tots aquests són factors que incrementen la vulnerabilitat d'una persona tant a presentar un comportament parasuïcida (Briere, 1988a; Draijer, 1985; Romans i col., 1995), com a presentar trastorns psiquiàtrics (Mullen i col., 1993).

En segon lloc, pot ser que hi hagi un lligam específic en el que les mides de gravetat de l'abús sexual es trobin relacionades amb les mides de gravetat dels comportaments parasuïcides, més enllà del que podríem predir en base als factors no-específics. Aquest seria un lligam específic perquè la magnitud de l'efecte de l'abús en aquest factor mediador principal és considerablement més gran que la magnitud dels efectes d'altres factors, en aquest cas, no-específics. Així, en un estudi de comunitat a Nova Zelanda, la freqüència d'una història de comportaments parasuïcides era 10 vegades més alta en aquelles persones que havien patit experiències d'abús sexual a l'infantesa, i 26 vegades més comú en aquelles persones per les que l'abús havia representat experiències de

penetració, fins i tot quan el nivell de psicopatologia en l'edat adulta s'hagués tingut en compte mitjançant la utilització d'anàlisi de regressió (Mullen i col., 1993). De manera similar, Briere i Runtz, en la seva anàlisi canònica de correlació dels pacients d'un servei de consultes externes d'intervenció durant crisis, varen concloure que semblava que hi havia una relació específica entre abús sexual de contacte amb penetració i letalitat en el intent parasuïcida, més enllà dels efectes de la victimització (Briere i Runtz, 1988).

Per altra banda, l'equip neozelandès de Mullen, que no va diferenciar entre efectes específics i no específics de l'abús sexual, va qüestionar fins a quin punt l'abús pot funcionar com a un element causal independent, tenint en compte el grau d'ensolapament entre abús sexual i els factors de risc associats amb ell. A més, a més, es varen preguntar si els efectes desapareixerien si els trastorns límit de personalitat (*borderline personality disorders*) i altres trastorns associats s'haguessin tingut en consideració (Mullen i col., 1993).

Aquest raonament és interessant, però cal recordar que encara que aquest efecte s'evaporés en estudis transversals (*cross-sectional studies*) quan suficient mesures de psicopatologia adulta i de bagatge familiar s'haguessin considerat, això únicament significaria que aquests problemes són, d'alguna manera, secundaris a l'abús sexual a l'infantesa. Únicament estudis longitudinals seran capaços de discriminar entre aquestes dues interpretacions.

Els tres candidats principals al títol de lligam específic entre abús i comportaments parasuïcides són el bagatge familiar, el nivell de psicopatologia, i la gravetat de l'abús, però cap estudi ha examinat aquests tres junts. Malgrat tot, sabem que l'abús sexual pot predir el nivell de funcionament a nivell psicològic, fins i tot després de que la varianza arrel del bagatge familiar hagués estat eliminat (Briere, 1988b; Fleming i col., 1999). També som conscients que problemes psiquiàtrics (Mullen i col., 1993), depressió (Martin, 1996), i en aquest estudi un estat d'ànim deprimit, eren, per ells mateixos, incapaçs d'explicar la diferència. Així, la gravetat de

l'abús sexual podria ser un candidat més escaient, i, per suposat, tant el nostre com altres estudis han demostrat que les mateixes variables de l'abús que es troben relacionades a un major trauma psicològic arrel de l'abús sexual, són les mateixes variables que sabem que es troben associades amb els comportaments parasuicides: la intrusivitat de l'experiència, el grau d'invasió del cos, la diversitat de les experiències abusives, la duració de l'abús, la proximitat de la relació amb l'autor, l'existència de més d'un autor, i la presència de maltractaments físic a més a més de l'abús sexual (Briere i Runtz, 1986; Romans i col., 1995). Aquestes mesures de la gravetat de l'abús inclouen tant mesures directes de la intensitat, duració, freqüència, i control potencial de l'abús, com indicadors indirectes com ara el nombre d'autors i la proximitat de la relació amb l'autor, però tots ells podrien estar conceptualitzats sota un concepte únic, el grau d'impotència. L'abús, de manera inevitable, representa una diferència de poder entre l'autor de l'abús i la persona que pateix l'abús (Herman, 1981). L'impotència és, per tant, un concepte que és aplicable no només a l'abús sexual, sinó també als abusos físics i psicològics. A més, a més, es pot referir en situacions que indueixin impotència en general. Com a tal, és aplicable als factors adversos de caire social i psicològic, i les diverses situacions de la vida diària associades amb els comportaments parasuicides. Així, proposo que, en primer lloc, el lligam entre abús sexual i comportaments parasuicides, que existeix fins i tot en absència de desesperança, trastorn mental, o qualsevol altra psicopatologia, és la gravetat de l'abús sexual, i en segon lloc, que impotència és als comportaments parasuicides el que la desesperança és al suïcidi.

Tot seguit discutiré determinats aspectes d'aquest treball:

Estudi Cas-Control

Aquest és el primer estudi cas-control que mostra que les experiències d'abús en una població de dones que presenten comportaments parasuicides són més comuns que en controls aparellats. La relació tenia

més pes estadístic en el cas de l'abús sexual, però també existia una tendència clara per els abusos físic i psicològic. La primera experiència d'abús sexual es va donar més aviat (menor de 13 anys d'edat) en el grup que havia estat admès després d'una sobredosi (els casos). Totes aquestes associacions cal que siguin interpretades tenint en compte que la part de cas-control d'aquest treball consisteix de 21 parelles, implicant un poder estadístic baix. Malgrat això, tant tots els que hem col·laborat en portar aquest treball a terme, com els revisors (a qui estem agraïts per les seves observacions) que recomanaren la publicació dels diferents articles que aquesta tesi engloba en revistes internacionals amb un procés estricte de selecció, creguem que els resultats són clínicament molt importants, ja que aquest és el primer estudi cas-control aparellat que es va dissenyar per determinar si les experiències d'abús es donen amb més freqüència en dones que es prenen sobredosis de fàrmacs, que en controls. Així, tot i que els resultats confirmen la opinió general de que les experiències d'abús són més comuns en gent que presenten comportaments parasuïcides, la secció de cas-control del nostre estudi té valor des d'un punt de vista descriptiu, més que confirmatori.

La troballa (Coll i col., 2000), en la secció dels casos i controls, d'una proporció major d'abusos tant intrafamiliars, com extrafamiliars en el grup de dones admeses després de prendre una sobredosi de fàrmacs, té un pes estadístic menor, però és consistent amb els resultats d'altres estudis (Romans i col., 1995; Coll i col., 1998; Vogeltanz i col., 1999). Les experiències d'abús sexual de contacte i els comportaments parasuïcides també es varen donar junts amb major freqüència que lo predit en base a l'atzar, quan ho comparem amb el grup control. Els resultats d'aquest estudi s'afegeixen a l'evidència ja acumulada, suggerint que pot haver-hi una associació causal entre l'abús sexual a l'infantesa i els comportaments parasuïcides subseqüents (Romans i col., 1995; Law i col., 1998; Santa Mina i Gallop, 1998).

Una de les principals avantatges d'aquest treball és que la majoria de les variables que sabem que influeixen en la relació entre l'abús i els

comportaments parasuïcides (edat, sexe, classe social, estat civil, i zona de residència) varen estar controlades de manera intrínseca per el disseny aparellat de l'estudi. La possibilitat de biaix degut a un error en la recol·lecció també va ser minimitzat utilitzant una enquesta estructurada amb un criteri regularitzat i estandarditzat que recull un seguit d'experiències que es troben agrupades d'acord amb la seva gravetat. Una possible limitació de l'estudi és que degut a les proporcions altes d'abús de contacte (90%) en les dones que havien pres sobredosis, i de manera especial en les que havien pres cinc sobredosis o més, no podem assegurar si l'associació entre l'abús i la conducta parasuïcida també s'estén a les dones que han patit només abús sense contacte. Una altra possible limitació és un biaix en la mostra que es pot haver introduït, ja que tant sols un 51% de la població original havia completat les enquestes d'abús, i vàrem poder aparellar solament el 58% dels casos a controls. De totes maneres, és més que probable que qualsevol biaix sigui petit, perquè la comparació de les característiques d'aquelles que varen ser aparellades i d'aquelles que no ho foren, i d'aquelles que completaren les enquestes i aquelles que no ho varen fer, no va revelar cap diferència significativa en un grup exhaustiu de mides sociodemogràfiques pertinents i variables clíniques apropiades.

Les troballes de proporcions augmentades d'abús sexual en un estudi cas-control de dones que han pres una sobredosis, ofereixen suport a la hipòtesis de que experiències d'abús sexual (i possiblement altres tipus d'abús) poden predisposar a la presentació d'un comportament parasuïcida en l'adolescència i en l'edat adulta.

Tant els comportaments parasuïcides com l'abús a l'infantesa tenen un impacte força gran en serveis mèdics i psiquiàtrics. Així, aquesta associació té implicacions potencials importants per a la planificació de serveis.

Les recomanacions actuals, tant a Europa, com als Estats Units, Austràlia i Nova Zelanda, són que caldria que oferíssim una valoració psicosocial a tots els pacients que veiem després d'una sobredosis o qualsevol altre

comportament autolesiu deliberat (Williams i Morgan, 1994; Coll i col., 1998; Dorer, 1998; Pfaff i col., 1999), ja que aquesta valoració inicial afecta la proporció de repetició de conductes parasuicides (Crawford i Wessely, 1998; Hassan i col., 1999). Els resultats del nostre estudi suggereixen que aquesta valoració ha d'incloure preguntes sobre les experiències de l'abús. Aquesta indicació rep també suport d'una sèrie d'estudis que han demostrat que el malestar en dones maltractades pot reduir-se (Campling, 1992; Smith i col., 1995), i així podríem aconseguir una reducció del cost total dels Serveis de Salut (Smith i col., 1995). El tractament eficaç també podria disminuir el risc de repetició de la conducta parasuïcida.

Discussió en referència a l'objectiu de reduir la freqüència dels episodis suïcides i parasuïcides

La publicació de l'obra de Goethe "*The Sorrows of Young Werther*" ("Les penes del jove Werther") va ser seguida per una successió de suïcidis de gent jove que es creu que es trobaren relacionades amb la novel·la, això es va conèixer com "l'efecte Werther". A la Gran Bretanya ara parlen del seu propi "efecte Diana", amb Hawton i col. (2000) descrivint un increment en suïcidis a Oxford en el mes després de la mort de la Princesa de Gal·les. Aquest efecte es va donar de manera especial en dones joves, i, d'acord amb els autors il·lustra la importància de la Princesa en aquest grup de la població.

La Unió Europea està considerant el centrar la seva atenció en tres grups dins de la nostra societat com a part de la seva campanya per reduir el nombre de gent que es suïcida (Watson, 2000).

La gent amb trastorns mentals són una causa obvia de preocupació, però també ho són la utilització d'alcohol, drogues, homes joves (per els que la incidència de suïcidi és quasi el doble que fa 10 ó 15 anys), i dones que han patit experiències d'abús, especialment sexual. La tercera categoria són els pacients que de manera intencionada es fan mal a ells mateixos, bé mitjançant una sobredosi medicamentosa, bé mitjançant altres conductes autolesives. Aquests pacients tenen un risc de suïcidi 100

vegades major que el de la població general. Estadístiques arreu d'Europa ens informen que quasi una quarta part d'aquells que es suïciden han estat tractats a un hospital després d'un episodi parasuïcida durant l'any abans de la seva mort (Watson, 2000).

Les prioritats potencials de la Unió Europea varen agafar forma en una reunió organitzada a Nantes per varies regions franceses que estan portant a terme programes per reduir els suïcidis en els i les joves. Amb 43.000 ciutadans Europeus suïcitant-se cada any, i uns 700.000 "intentant de fer-ho" (parasuïcidis), el fenomen ha pres una importància mèdica i política molt preponderant. Suïcidi és la segona causa portant a mort violenta en el grup d'edat de 15 a 24 anys, després dels accidents de tràfic.

El *Commissioner* de Salut de la Unió Europea, el senyor David Byrne, va donar suport a la idea d'establir una meta de prevenció de suïcidis. En Byrne va argumentar que, donat els lligams entre assumptes de salut mental i suïcidi, una reducció en el darrer indicaria que els plans generals de salut mental van per el bon camí.

Repetició dels Episodis Parasuicides

En anàlisis retrospectius les següents variables han estat associades amb els repetidors de comportaments parasuicides: ser solter, viure sol, canvi d'adreça durant els passats 12 mesos, atur o manca de poder econòmic, contacte amb els serveis de salut durant el mes passat, abús d'alcohol i/o drogues, haver estat víctimes de violència i/o abús sexual, haver estat involucrat en activitats criminals, i la descripció dels problemes psiquiàtrics propis com la preocupació principal en el moment de l'intent parasuïcida (Hjelmeland i Polit, 1996). En les anàlisis prospectives de les primerenques o "*first-timers*", únicament una historia d'abús sexual i l'abús d'alcohol varen predir de manera significativa la repetició entre 12 mesos després del comportament parasuïcida. Mentre, les anàlisis prospectives de pacients amb comportaments parasuicides previs, Hjelmeland i Polit (1996) trobaren que les variables d'abús d'alcohol i suïcidi entre els

familiars o amics, predeien un nou parasuicidi durant els següents 12 mesos.

Els resultats dels anàlisis retrospectius de l'estudi presentat en aquesta tesi estan en concordança amb els resultats d'estudis previs (per exemple, Bagley i Greer, 1971; Buglass i Horton, 1974a; Kreitman i Casey, 1988; Öjehagen i col., 1991; Hjelmeland i Polit, 1996).

Els resultats posen èmfasi a la importància de prendre una historia dels intents parasuïcides en els nostres pacients. Això és vital quan intentem identificar factors que poden predir de repetició, no únicament perquè el comportament parasuïcida pot ser predictiu per ell mateix, però perquè els factors de predicció varien depenent de la fase en la que la nostra pacient es trobi en la seva "carrera parasuïcida". Quan un/a pacient és admesa dins dels serveis de salut després del seu primer intent parasuïcida, una historia d'abús sexual (tant per homes com per dones), i factors com ara abús d'alcohol i problemes psiquiàtrics, tindrien que alarmar el professional de les ciències de la salut d'un risc elevat de repetició del comportament parasuïcida. Les pacients parasuïcides amb aquestes característiques estan a un risc més elevat que la resta de la població a continuar una carrera parasuïcida a no ser que prenem les precaucions necessàries.

L'abús sexual, en el nostre estudi, sembla ser un predictor primari de repetició. Diversos estudis han trobat aquest lligam entre abús sexual i comportaments parasuïcides (Boudewyn i Liem, 1995; Briere i Runtz, 1986; van Egmond i Jonker, 1988; Romans, Martin, Anderson, Herbison i Mullen, 1995; Hjelmeland i Polit, 1996; Martin, 1996; Coll, Law, Tobias i Hawton, 1998; Law, Coll, Tobias i Hawton, 1998; Coll, Law, Tobias, Hawton i Tomàs, 2000).

Aquest estudi també mostra que les víctimes d'abús sexual es semblen caracteritzar per una baixa autoestima i uns nivells alts de culpabilitat combinada amb una percepció d'impotència (Briere i Runtz, 1986; Coll, Law, Tobias i Hawton, 1998). Aquestes característiques podrien resultar en conductes auto-destructives de manera repetitiva, tal i com s'ha demostrat

en diversos estudis (Hjelmeland i Polit, 1996; Coll, Law, Tobias i Hawton, 1998; Coll, Law, Tobias, Hawton i Tomàs, 2000).

Cada any, aproximadament un milió de persones completaran suïcidi (UNICEF, 1996), amb un preocupant increment entre la gent jove. Cal que invitem no tant sols a Psiquiatres, Infermeres i metges d'urgències a participar a la tasca de disminuir el nombre de parasuïcidis, però també a metges de família. Protocols de formació per metges de capçalera s'han posat en marxa a Austràlia (Pfaff i col., 1999), impulsats per l'objectiu de reduir la mortalitat i la morbiditat relacionades amb els comportaments parasuïcides.

Finalment, cal esmentar que la informació referida a la repetició de les sobredosis de medicaments i a les conductes autolesives cal que sigui interpretada amb cautela, doncs aquesta informació es basa en el que les mateixes pacients varen contestar. Per altra banda, això em va permetre el incloure els episodis de pacients que no havien anat a l'hospital després de l'episodi, una àrea de recerca bastant negligida. Així doncs, aquesta trobala podria estar afectada per un biaix de tipus informatiu ("*reporting bias*") o d'interpretació ("*interpretation bias*"). Malgrat tot, i per tal de minimitzar aquest factor, els episodis només s'inclogueren si complien la definició estandarditzada (Schmidtke i col., 1996; Apèndix 2)

Discussió en referència a l'ambient familiar

Els resultats obtinguts suggereixen que les experiències d'abús, especialment aquelles que són part d'un període que cal tenir reservat i secret, és probable que portin a una rauxa internalitzada (*anger in*) alta (així com rauxa externalitzada, *anger out*), que estaria relacionada amb el desenvolupament de nivells molt alts d'afecte negatiu. Aquests nivells alts d'un afecte negatiu podrien trencar l'equilibri del balanç afectiu, de manera que els afectes positius i negatius esdevindrien altament correlacionats. Això, podria portar a una crisi, resultant en una sobredosi intencionada de medicaments. Per altra banda, una rauxa externalitzada alta, per ella mateixa, no té aquest efecte.

Les pacients d'aquest estudi tendien a repetir el comportaments dels seus pares. Així, un comportament protector amb un nivell alt de rauxa externalitzada (*anger out*) anava associat amb un nivell alt en la mida de poder, especialment a l'Escala V de Maquiavelisme. Per altra banda, la rauxa o angoixa internalitzada (*anger in*) i la rauxa controlada (*anger control*) es trobaven relacionades amb un nivell alt d'impotència.

Arrel d'aquestes troballes, podem suggerir que l'ambient familiar pot predisposar (mitjançant els comportaments apresos), a certs individus a prendre una sobredosi.

Els resultats d'aquest estudi suggereixen que, tot i que part de l'aparent relació entre abús sexual (i d'altra mena) a l'infantesa i problemes en la vida adulta pot ser explicada per el bagatge familiar i social de la persona, encara ens queda una associació significativa independent entre una història d'abús, especialment sexual, i un ventall de dificultats en la vida com a adult. El risc de patir problemes en l'ajustament com a adults sembla major per a les dones que han estat exposades a abús sexual amb penetració (Fleming i col., 1999).

La importància de l'impotència

Si les poblacions de suïcidi i parasuïcidi es poguessin separar, aleshores els ítems de les Escales d'Intent de Suïcidi i de la Ideació Suïcida (Beck i Steer, 1991), i uns quants ítems addicionals que vàrem creure que eren clínicament significatius, podrien tenir-se en compte, tant per la seva relació amb la desesperació (en la escala d'Intent Suïcida), com per la seva relació amb l'impotència. Aquest podria ser el primer esglaió per desenvolupar una escala específica d'Intent Parasuïcida.

Pel que fa a la part de la recerca en voltant del concepte de la impotència, les escales de les Situacions de la Vida Diària (*Life Events Scales*) han indicat que l'afecte negatiu es troba relacionat amb situacions desagradables, però no amb experiències agradables. De manera similar, l'afecte positiu es trobava relacionat a situacions agradables, però no a les desagradables (Clark i Watson, 1988). En aquest projecte de tesi hem

trobat que situacions negatives de la vida diària són importants en afectar l'estat d'ànim i portar als pacients parasuïcides cap al llindar a on es perd l'equilibri entre els afectes positiu i negatiu.

A les pacients mostrant comportaments parasuïcides també els hi vàrem preguntar si pensaven en les seves experiències sexuals negatives abans de prendre's la sobredosi. El resultat va ser que rarament ho feien, donat, crec, a que l'afecte negatiu es troba relacionat a situacions negatives més recents, tot i que les experiències d'abús sexual es trobaven relacionades al caràcter d'impotència. Això, de fet, demostraria la presència d'una dissociació entre les situacions abusives del passat, i les emocions experimentades en el present.

Efectes específics de l'abús

Resulta molt temptador el suggerir que l'experiència d'abús sexual en un moment vulnerable del desenvolupament de la confiança del nen o nena en els altres, predisposa a un dèficit específic en formar i mantenir relacions sexuals íntimes. L'atribució d'una manca d'interès i una tendència a la intrusió i al control de la parella pot tenir diverses explicacions. Podria ser una reflexió de les actituds i dels comportaments, o podria indicar les expectacions, interpretacions, i projeccions dirigides a la parella. Aquelles persones que han estat abusades podrien ser més propenses a entrar relacions amb persones emocionalment distants i de tipus dominant, bé arrel de que la seva baixa autoestima i reduïda iniciativa limita les seves opcions, o bé degut a alguna mena de compulsió neuròtica a repetir un patró que ja han experimentat.

A més, a més, les dones que havien estat abusades sexualment presentaren més problemes sexuals que les que no havien estat abusades sexualment, especialment vaginisme i anorgàsmia.

Les dones que havien patit abusos sexuals o maltractaments físics tenien una tendència major a presentar símptomes de somatització, i era més probable que les controls que haguessin experimentat amb altres

conductes autolesives intencionades (a part de les sobredosis medicamentoses), per exemple tallar-se.

Les dones que havien patit abús psicològic presentaren més problemes per expressar els seus sentiments, mostrat per valors més elevats a l'Escala d'Alexitímia de Toronto, i uns valors significativament menors d'autoestima, mesurats mitjançant el qüestionari d'autoestima de Robson. En aquestes dues escales, també hi trobarem relacions amb les dones que havien estat abusades sexualment i maltractades físicament, confirmant el seu efecte específic petit, i el seu efecte general gran.

Cicles d'abús

En revisar els nostres coneixements en voltant de les víctimes i dels autors dels abusos i maltractaments, ens adonem que existeix un lligam, que una proporció significativa dels abusadors han estat víctimes d'abús en el passat.

Multitud d'autors han investigat aquesta relació, buscant aquest lligam entre les generacions. Morton i Browne (1998) varen postular problemes en l'estimació (*attachment*) entre la mare i el nen o nena que ha patit abús o maltractaments, com a resposta a aquest enigma, indicant la importància d'aquest procés en la predicció i prevenció d'abús.

La valoració i el tractament de nens i adolescents que mostrin un comportament sexualment abusador requereix un coneixement del desenvolupament sexual normal (Shaw, 1999). Una multiplicitat de factors biològics i psicosocials determinen el desenvolupament sexual del nen, el seu rol i orientació sexual, els patrons d'estimulació sexual, els pensaments sexuals, la socialització sexual, i la integració de patrons de comportament sexuals i agressius. La sexualitat de l'individu evoluciona en harmonia i com a resultat de la interacció amb influències familiars, ètniques, socials, i culturals. Aquests paràmetres resumeixen el que coneixem sobre l'epidemiologia i la fenomenologia dels joves sexualment agressius, i ens proporcionen línies a seguir en la valoració i la selecció de les intervencions terapèutiques per aquestes persones.

Quan examinem un jove autor d'abusos, cal que examinem les seves fantasies de violació, ja que més del 25% dels futurs violadors comencen la seva carrera com abusadors de nens. El viatjar amb pornografia pròpia i la premeditació en identificar a nens als que en el futur abusaran senyalen una manera d'actuar, i indiquen que és improbable que aquesta sigui la primera vegada que hagin abusat (Salter, 1988). De manera consistent, més de la meitat dels pederastres atrets a nens varen començar a sentir aquesta inclinació abans dels quinze anys d'edat, mentre que tres quarts (un 74%) sentien aquest impuls abans dels dinou anys (Abel i col., 1988). A vegades, el crear una situació hipotètica ens pot ajudar a què el pacient ens comenci a explicar el que va passar: "Em pregunto si, quan ella et va preguntar si es podia asseure a la teva falda, tu vares pensar que el que ella volia era que l'acariciessis i li fessis pessigolles?". També, a vegades, pot ajudar a referir-se a la informació d'un testimoni per explorar el que el nostre pacient pensa. Per exemple, "dius que vares pensar que ella s'ho estava passant bé, però en el seu testimoni ella va dir que no es va moure perquè tenia molta por. Perquè creus que va dir això?". Així doncs, hi han diversos punts a valorar: cooperació; honestedat; grau de violència utilitzat; freqüència i duració dels atacs; durada, característiques i progressió de la història d'agressions; nombre de víctimes, en relació amb la quantitat d'accés a víctimes potencials; característiques de la selecció de les víctimes; responsabilitat personal per l'autoria de l'abús; factors precipitants del delictes; funcionalitat del sistema familiar; estabilitat escolar o laboral; relacions socials; història sexual de victimització; motivació (tant externa com interna) per el tractament; resposta a la confrontació amb l'evidència; història de detencions; i grau present d'accés a víctimes potencials, presents o passades (Skuse i col., 1998).

Pel que fa a recomanacions per una bona pràctica clínica, la valoració i tractament dels nens i joves que han estat abusats, sense una planificació per valorar i tractar als nens i joves que han comès delictes sexuals seria com curar les ferides d'un soldat en el front sense tractar de, alhora, parar la guerra. Una part important de qualsevol intervenció consisteix en conèixer

els signes i símptomes dels abusos i maltractaments, creant un ambient terapèutic que sigui lo suficientment segur com per que els records siguin revelats, sense fomentar la creació de memòries falses.

Krugman (1994) afirma al referir-se a la política sexual i de protecció de menors, que tanta atenció posa en el processament dels autors dels abusos, que ens hem oblidat de seguir desenvolupant programes que protegeixin als menors de l'abús sexual. És important que desenvolupem estratègies pedagògiques, que arribin fins a les escoles, per les relacions interpersonals, incloent valors, normes i sistemes de vigilància (Maideu Puig, 1999). Tècniques de rol, habilitats socials, i afirmació podrien formar part d'un programa pedagògic que intentaria ensenyar: no només sexualitat, sinó també relacions interpersonals; les diferències entre carícia bona i dolenta; la importància d'evitar a desconeguts; la necessitat de compartir-ho amb algú si el nen considera que ha estat abusat; a respectar i fer-se respectar; a saber dir no!; a estar alerta del problema; la intimitat del nostre cos; la importància de saber amb qui passa el temps el nen.

La teràpia amb nens abusats té que tenir en compte el seu nivell de desenvolupament. Una manera d'enfocar les dificultats que els joves presentin consistiria en centrar-nos en els recursos i les parts positives, en lloc de en les deficiències, considerant els seus "futurs preferits, en lloc dels passats horribles", i potenciant cooperació en lloc de resistència. Amb aquest model podem intentar identificar la manera en que el nostre pacient vol canviar, negociant metes i tractant a supervivents, en lloc d'exclusivament a víctimes. La base d'aquest model seria la Teràpia Centrada en les Solucions, i el seu missatge seria que mai és massa tard per viure una infància feliç (Furman, 1998). L'objectiu rau en la mobilització dels punts forts de les persones i famílies, ajudants als nens i als joves a desenvolupar una imatge més positiva d'ells mateixos (Sheinberg & Fraenkel, 2000).

Sigui quin sigui el model de tractament que utilitzem, cal que recordem el cicle de víctima a autor. Una història d'abús és comú en els pederastes que abusen específicament a nens (en lloc de a nens i nenes

indiscriminadament). Sembla que quan l'autor comença en l'adolescència, i quan els actes mostren un nivell alt de sadisme i desviació de la normalitat, la probabilitat de que l'autor hagi patit abús sexual augmenta de manera considerable.

Aquesta associació és molt complexa, i el model del cicle de víctima a autor deixa sense explicar molts punts d'interès, com per exemple, perquè semblen existir factors protectors que inhibeixen el desenvolupament o la expressió de comportaments abusius, ni tampoc raona perquè la majoria dels autors són homes i la majoria de les víctimes són dones.

Per el tractament dels autors, un pre-requisit és que hi hagi un reconeixement de que hi ha un problema a solucionar, i que existeixi alguna motivació per explorar les possibles solucions, practicar auto-control, augmentar l'auto-coneixement, reduir el grau de negació, explorar les distorsions cognitives, i incrementar l'empatia amb la víctima.

Aquest cicle de víctima a autor no té en compte els factors protectors que inhibeixen el desenvolupament o la expressió del comportament abusiu posterior, ni tampoc explica perquè la majoria dels autors de l'abús són homes, mentre que la majoria de les víctimes són dones.

Contenint lo inconcebible

Com a professionals clínics tenim el deure als nostres pacients de tenir present la possibilitat de tractar els signes i símptomes presentats per els pacients abusats. Aquest deure, però xoca amb el temor o reticència que molts de nosaltres podem tenir a oferir-los ajuda. Crec que una de les raons principals del temor de molts professionals a oferir tractament a aquest grup de pacients és l'incertesa dels objectius d'aquest tractament, i la relativa manca de mides a utilitzar per mesurar la seva efectivitat.

La teràpia amb els nens abusats cal que estigui dissenyada al seu nivell de desenvolupament. Materials de joc són útils per els nens menors de 10 anys, o per els nens amb una menor capacitat verbal. La finalitat seria ajudar al nen a viure amb el trauma emocional i les conseqüències de l'abús, identificant i corregint distorsions cognitives negatives.

Aquesta secció desenvoluparà el que podríem postular serien els tres objectius principals d'aquest tipus de teràpia:

1. Contenir les ansietats dels pacients.
2. Promoure i permetre que els pacients esdevinguin ells mateixos.
3. Ajudar al pacient a apreciar les conseqüències de l'abús.

1. Contenir les ansietats dels pacients.

Aquesta ansietat és principalment de caire psíquic, ja que tot sovint hi ha manca d'evidència per ansietat de tipus somàtic. Aquests pacients han tingut que amagar com es senten per tal de sobreviure, de manera que l'autor de l'abús no sabés fins a quin es trobaven espantats. Aquest és l'objectiu primordial, i crec que sense ell no podem esperar un progrés significatiu en el tractament. Cal que els pacients es sentin segurs en teràpia, que tinguin confiança amb el terapeuta, i que sàpiguen que no seran rebutjats.

Tot sovint pensem que estem en control del grau d'exploració a les sessions, però de fet, el pacient mesurarà el que serem capaços de suportar.

Després de cada nova revelació necessitaran confiança i seguretat per confirmar que els tenim el mateix respecte que abans, que no pensem que són males persones, o que el que els va passar va ser culpa seva.

De la mateixa manera que en el tractament del trastorn de l'estrès posttraumàtic, necessitaran el nostre suport en confirmar que els seus pensaments i comportament era normal, tenint en compte la situació.

En normalitzar la seva resposta com a una resposta normal davant d'una situació anormal, els podrem normalitzar a ells com a persones.

El model que afavoreixo per determinar la progressió en aquesta fase del tractament està basat en el concepte de la finestra terapèutica.

Aquesta idea ha estat promulgada tant en el camp de la farmacologia clínica, com per Mardi Horowitz (1992) per governar terapeutes en el tractament del trastorn de l'estrès posttraumàtic.

A diferència del tractament del trastorn de l'estrès posttraumàtic, aquí no cal analitzar les experiències d'abús amb detall. En aquest cas, l'aspecte important és treballar amb les emocions del pacient en voltant de l'abús. La finalitat no és el trasbalsar al pacient perquè expressi les emocions, però el contenir qualsevol ansietat que s'expressi. A vegades, el pacient troba útil el utilitzar el mitjà escrit (cartes) en lloc del llenguatge oral.

Tots els terapeutes necessiten supervisió. Supervisió és essencial per reduir i controlar l'ansietat del terapeuta, de manera especial quan el tractament passa per un període difícil, per exemple, perquè el pacient es pren sobredosis o es mutila. De manera general, el pacient que de manera repetida es pren "minisobredosis" o es talla intencionadament, no ho fa perquè li parem atenció, però per alleujar el seu neguit intern. Alguns professionals dins del camp de la salut mental rebutgen i despatxen aquests pacients com controladors i manipuladors. És important que recordem que aquestes són, únicament, formes de comunicació que els pacients han tingut que utilitzar durant força temps, donat que en el passat les seves opinions no han comptat per res. Crec que és important que no els menyspreem per la seva dificultat en comunicar-se de manera verbal quan es senten impotents. Per altra banda, els podem ajudar si aprenem a interpretar aquestes comunicacions per el que són. Aquest serà el primer pas per expressar el que volen de manera verbal.

De totes maneres cal recordar que aquests pacients també fan intents de suïcidi seriosos. Tot i que aquests tot sovint també són una expressió del malestar que senten, també es poden sentir desesperançats, desvalguts, i amb un intens desig de morir. Aquesta presentació, com qualsevol intent de suïcidi seriós, és una indicació d'admissió a l'hospital.

En resum, el primer objectiu, i el més important, del tractament és el contenir les ansietats dels pacients. El model que proposo, en el que el pacient experimenta les seves pròpies ansietats com impossibles de

contenir, explica un bon nombre dels fenòmens que es donen en aquests pacients. Aquest model no treu el control del pacient, però autoritza al pacient a ser el principal responsable del progrés del tractament.

2. Promoure i permetre que els pacients esdevinguin ells mateixos.

La majoria d'aquests pacients, tot i que tenen la seva personalitat pròpia, no han desenvolupat el seu sentit de persona independent. No han estat permesos a tenir opinions pròpies, de manera que, tot i tenir els seus punts de vista, els deixen de banda. Arrel d'això, hi ha una tendència a sentir-se impotents, exercint poca o cap influència sobre els seus voltants. Aquests pacients manquen la confiança necessària en les seves pròpies habilitats per prendre la decisió correcta.

Aquest problema es pot veure quan els pacients tenen medicació receptada per els seus símptomes. Tendeixen a moure's en extrems: o no en volen prendre, o en volen la dosi màxima, tot sovint demanant més de la dosi recomanable. El problema és que no saben si necessiten medicació, o si la que han pres ha estat suficient, donat que manquen confiança en la seva capacitat. Fins i tot amb la dosi màxima es sentiran neguitosos. El metge ha de prendre un rol actiu, determinant un nivell i explicant al pacient que això és el que ha decidit. És degut a la manca de confiança en les seves pròpies habilitats que el metge o terapeuta ha de prendre un rol directiu, com a mínim als començaments del tractament.

L'objectiu del tractament és el validar les seves opinions. Això requereix no només identificar-les, però a més a més aconsellar al pacient a posar-les en pràctica en ell mateix. Els punts a vista a validar, per suposat, són els positius, i no els que són una conseqüència del mateix abús.

Molts professionals troben difícil d'entendre que el pacient es pot sentir impotent, però alhora comportar-se d'una manera tant poderosa o manipuladora. Això, però, es pot donar ja que impotència i poder són

dimensions independents (Levenson, 1973, 1981). Els seus actes de poder, però, es donen generalment com a resposta a les posicions d'impotència en les que han estat sotmesos, per exemple, la necessitat de controlar es pot trobar relacionada a la seva necessitat d'escapar d'una posició d'impotència amb els seus estats d'ànim associats.

Així, el *acting out* és típicament un acte de poder que es dona davant l'experiència d'impotència, i que per ell mateix alleugera, com a mínim de manera transitòria, el seu neguit intern.

Un grup important d'aquests pacients pensaran en "blanc i negre", un patró forçat per les influències externes. Sempre estaven equivocats i els que els envoltaven tenien raó. Sempre eren dolents i els seus germans eren bons. Aquesta separació del bé i el mal és un procés natural que es troba accentuat en aquest grup.

Una proporció dels pacients abusats a l'infantesa desenvolupen psicosis, que per els no iniciats es poden confondre amb trastorns de caire histèric o esquizofrènic. Una psicosi de l'abús no ha estat clarament descrita amb anterioritat. Els seus símptomes serien:

- Al·lucinacions auditives de segona persona. Ocasionalment de tercera persona.
- Al·lucinacions auditives que són congruents amb l'estat d'ànim depressiu, però que es donen en absència d'una depressió clínica.
- El contingut de les al·lucinacions es troba relacionat amb les experiències d'abús, per exemple una veu que crida "mala puta", acompanyada d'un riure sarcàstic.
- Típicament el contingut és frases curtes que es donen de manera repetitiva, però que no són fenòmens d'estrès postraumàtic o obsessius, ja que no són resistits, o si són resistits, no tornen.
- Si les veus de les al·lucinacions auditives són reconegudes, tendeixen a tenir un significat simbòlic.
- Pseudoal·lucinacions visuals.

- Es donen en moments d'ansietat, i disminueixen amb l'ansietat, o amb medicacions ansiolítiques, tot i que el tractament d'elecció no és el farmacològic.

Aquesta presentació podria estar anomenada psicosi de l'abús amb al·lucinacions auditives. Les al·lucinacions auditives són primordialment en segona persona arrel dels patrons de pensament negatius, que també són típics de la síndrome depressiva. El contingut és similar al de l'al·lucinosi alcohòlica, però, en el cas d'aquella, és d'origen orgànic.

Així, la presentació pot ser amb una reducció de la variabilitat de l'afecte, un contacte visual pobre, adopció d'una posició fetal, parlant de manera molt negativa sobre ells mateixos, i tot sovint identificant la mort com la millor opció al seu abast. Però, no mostren un retard psicomotor, manquen símptomes biològics de depressió, i no respondran a medicació antidepressiva (a part de per les seves propietats ansiolítiques). Malgrat tot, aquests pacients presenten un risc elevat de deprimir-se perquè tot sovint han de manegar les seves emocions i dificultats, i això cal que ho tractem com a un trastorn depressiu.

Aquests pacients pateixen un problema molt més profund que una autoestima baixa. Algú que ha tingut el seu concepte de persona violat tindrà una autoestima baixa, però la persona que mai ha desenvolupat una identitat separada té un problema força més greu. Aquests pacients no són capaços de separar les seves responsabilitats de les responsabilitats dels altres. Reconstruir l'autoestima és, en aquest cas, només una part del tractament.

En moments d'estrès, aquests pacients pateixen una regressió a un estat en el que es senten, es comporten, i a vegades es vesteixen com si fossin altra vegada un nen, tornant a viure els traumes d'aquell període de les seves vides.

En les seves relacions interpersonals, prendran un rol passiu, fent el possible per complaure als altres. Les seves parelles tot sovint saben

que són d'aquesta manera per la seva passivitat, i per tant són conscients que toleraran abús. Mitjançant el coneixement d'aquesta situació, poden començar a gaudir d'una mica més de control.

1. Ajudar al pacient a apreciar les conseqüències de l'abús.

Això representa revisar la vida del pacient, raonant perquè es comporten de la manera que ho fan, i perquè les seves respostes eren normals tenint en compte les circumstàncies.

En fer això, en certa manera estem tornant a escriure la història de les seves vides, facilitant, però, que guanyin control sobre elles. Per exemple, donant-se compte de que quan pateixen estrès, els símptomes d'angoixa o de caire obsessiu empitjoren.

A l'escola poden haver mostrat una manca d'interès i d'atenció o concentració, en part a conseqüència de les seves ansietats, arrel de l'abús o altres conflictes familiars. Tendeixen a funcionar a un nivell inferior al seu potencial, de manera que els mestres es pensen que són ganduls. De fet, és una reflexió de les ansietats del moment, i és important que no es sentin fracassats, ja que la situació és totalment fora del seu control. A vegades, medicació estimulants pot oferir una finestra d'oportunitat per altra tipus d'intervencions, per exemple psicoeducatives.

Tot sovint venen d'una família amb conflictes, per exemple amb un pare amb problemes amb l'alcohol, o amb l'altra contínuament amenaçant que se'n anirà. El nen pot trobar-se en una posició en la que ha de prendre responsabilitats d'un adult, per exemple, consolar a la mare o tenir cura dels altres germans petits.

La persona abusada pot tendir a seleccionar una parella que es comporti com aquells que li resulten familiars. Per altra banda, aquesta parella reconeixerà la seva manca d'assertió, essent conscients que la seva parella tolerarà abús. En reflectir el coneixement d'aquest patró, les opcions poden esdevenir més conscients i poden escapar d'elles, guanyant, per tant, més control sobre les seves vides.

Una proporció important dels pacients abusats tenen un lligam molt fort amb els seus abusadors. Potser degut a això, no resulta positiu el promoure que el pacient vegi a l'abusador com totalment dolent. Sembla important el aconseguir veure a l'abusador d'una manera realística, tant amb els aspectes positius, com amb els negatius.

Aquestes persones es senten responsables per l'abús, perquè tot sovint l'autor els responsabilitza, o perquè creuen que hi varen sortir guanyant en algun aspecte. És important que els pacients sentin de la veu del professional que el autor de l'abús va ser responsable en un 100% per el que va passar.

Per altra banda, pot ser que abusin drogues, alcohol, analgèsics, o pastilles per dormir, per desconnectar del món. No ho fan per sentir-se atrets a la drogues per elles mateixes, però per tractar el seu malestar. Hi han dos períodes en la vida de les dones que han patit abús que poden resultar en un deteriorament del seu funcionament: el naixement d'un fill, i quan el fill arriba a l'edat en la que elles varen patir l'abús. Així poden tendir a protegir al nen en excés. Si varen patir problemes econòmics durant la seva infància, pot ser que de manera desproporcionada comprin joguines i regals que no es poden permetre. Cal que recordin que la relació emocional que tenen amb els seus fills és molt més important que les coses materials.

A vegades, els pacients, en patir l'abús, aprenen a dissociar. La dissociació s'utilitza com a mecanisme de defensa per manegar la por i el dolor. Això pot tornar-se a donar quan pateixen estrès, de manera que separen les emocions de la memòria de l'experiència. Singh Narang i Contreras (2000) varen identificar les experiències de dissociació com a mediador entre una història d'abús a l'infància i el potencial d'abusar en l'edat adulta. Aquest estat dissociat, tot i que millor que l'estrès que el va precedir, és molt poc agradable, i pot ser acabat amb un comportament parasuïcida.

Aquests pacients, però, tendeixen a ser molt ambivalents sobre la vida i la mort. Tot i voler matar-se, tot sovint demanaran ajuda després de

l'episodi, quan es comencen a trobar malament després de prendre's una sobredosi.

Una manera d'entendre el seu comportament podria ser el entendre que al mateix temps desitgen la mort i temen el patiment. Els que es tallen o s'autolesionen d'altres maneres s'han adonat que en fer això poden alleugerir el neguit que pateixen.

En plantejar-nos intervencions, un ha de recordar l'associació entre les experiències d'abús i els comportaments parasuicides. En aquesta línia de pensament, cal tenir en compte els recents desenvolupaments en la revisió dels diferents tipus d'intervencions després d'un episodi parasuïcida.

Hawton i col. (1998) varen concloure que tot i que hi ha suficient evidència per fer recomanacions, una intervenció destinada a solucionar els problemes i trobar solucions sembla la més efectiva. Per pacients patint d'un trastorn límit de la personalitat, recomanaren explorar la teràpia conductual dialèctica (*dialectical behavioural therapy*).

Crawford i Wessely (1998) varen mostrar que els pacients que es donen d'alta abans de completar la valoració psiquiàtrica tenen un risc considerablement més alt de repetir el comportament parasuïcida, posant èmfasi a la importància d'oferir una valoració psicosocial durant la fase inicial del tractament, i a la necessitat d'entendre millor perquè marxen de l'hospital abans de que la valoració ha estat completada.

Proposta d'un algorisme per el tractament dels nens o joves que han estat abusats sexualment

Tots els nens abusats sexualment i el pare no abusador



Suport d'Assistents Socials i de Grups Psicoeducatius



Simptomàtic?



SI

NO → M



- Intervencions Cognitivo-Conductuals (podent involucrar al nen i al pare o mare) dirigides als símptomes concrets
- Utilització, si s'escau, de medicació



Recuperació dels Símtomes?



NO

SI → M



Alguns nens/nenes es poden beneficiar d'una intervenció terapèutica utilitzant una orientació diferent (dinàmica, centrada en solucions, art,...) → M

M : Seguiment dels nens/nenes, vigilant per l'aparició de símptomes més endavant en el seu desenvolupament (per exemple, durant l'adolescència).

CONCLUSIONS

*Una espelma en la foscor
pot donar més claredat
que un gran focus a mig matí*

Els resultats d'aquesta tesi doctoral donen suport a l'experiència clínica de que l'abús sexual a l'infantesa posa als adults en una posició de risc en la que és més probable que es produeixi una reacció a circumstàncies de la vida mitjançant una sobredosi de fàrmacs, o altres conductes autolesives. Aquesta troballa representa un altre capítol en la cerca d'evidència per demostrar que l'abús pot trobar-se etiològicament relacionat amb els comportaments parasuïcides. Si això es confirmés, alguns pacients necessitarien tractament per l'abús que han patit, o per les seves conseqüències, per intentar reduir el risc de que tornin a presentar-se als nostres serveis amb altres comportaments parasuïcides.

Així, cal recomanar als clínics que preguntin sobre experiències d'abús en la valoració psiquiàtrica rutinària després d'un intent de suïcidi, i especialment en aquells que presenten comportaments parasuïcides de manera repetida.

Aquest treball s'ha d'entendre dins de tota la literatura del parasuïcidi i de les experiències d'abús. Suggereix que, tot i que les experiències d'abús potser no es troben tant àmpliament esteses en la població general, o són tant destructives com algunes publicacions militants en aquest tema ens volen fer creure, tampoc són tant rares en la seva ocurrència, ni tant irrelevantes en les seves conseqüències com algunes, sortosament cada vegada més difícils de trobar, persones creuen. Espero que el pes de l'evidència hagi revelat que els abusos sexuals a l'infància no són tant infreqüents i que tot sovint, però no sempre, tenen conseqüències adverses a curt i llarg termini.

Tot i que les implicacions teòriques i pràctiques de que el lligam entre abús sexual i comportaments parasuïcides, que existeix fins i tot en absència de desesperança, trastorn mental, o qualsevol altra psicopatologia, és la gravetat de l'abús sexual específic, requereixen una avaluació més sistemàtica, una valoració acurada de les experiències d'abús en el passat

ha de formar part de qualsevol valoració d'un comportament parasuïcida. Els comportaments parasuïcides són un fenomen complicat i amb presentacions diverses, i més recerca és necessària per definir l'aplicabilitat i limitacions de qualsevol model que els intenti explicar. Així, tot i les limitacions metodològiques, podem concloure que existeix una relació entre abús sexual i físic a l'infància, i comportaments parasuïcides en l'edat adulta, ja que sabem que les persones que han estat abusades presenten un risc elevat de suïcidar-se o de presentar comportaments parasuïcides. Aquesta relació, però, no és de tipus lineal. De fet, necessitem estudis longitudinals per entendre tant els factors contribuents, com els factors mediadors. Per altra banda el clínic ha de mostrar un índex de sospita elevat en el cas de la persona (adult o adolescent) que repetidament es presenta als serveis de salut amb sobredosis o altres conductes autolesives.

Tot seguit procediré a analitzar les conclusions d'aquest treball en un seguit d'aspectes relacionats entre ells:

Prevalència

L'exposició a experiències sexuals durant la infància no és un fet rar. La literatura científica suggereix una prevalència alta d'una història d'abús sexual i maltractaments físics quan es pregunta per la seva existència, tot i que valors menors es poden trobar en examinar únicament les històries clíniques (Read & Fraser, 1998).

Tot i que existeix una considerable variabilitat en les estimacions de prevalència, l'evidència acumulada suggereix que en la regió de un 15 a un 35% de les dones, i de un 5 al 20% dels homes descriuen algun tipus d'exposició a experiències sexuals no desitjades. Aquesta prevalència disminueix en la població general si només considerem les experiències de contacte amb penetració, però encara d'un 5 a un 18% dels nens estan exposats a episodis d'abús sexual de la màxima gravetat.

A l'Europa de l'Oest, durant els darrers quaranta anys hi ha hagut un gran increment en el nombre de gent jove que de manera deliberada es fan mal

a ells mateixos. Unes 100,000 persones a l'any són admeses a la Gran Bretanya després d'aquests comportaments parasuïcides. D'aquestes, de 18 a 20,000 són menors de divuit anys. En una escola secundària amb 1000 alumnes, 200 mostraran un grau significatiu de problemes emocionals i de comportament, i 30 presentaran comportaments parasuïcides abans de deixar el col·legi. La importància de que el clínic preguntés sobre comportaments parasuïcides previs es troba subestimada (Wichström, 2000).

En aquest estudi de tesi doctoral, vàrem identificar una prevalença alta (50.9%) per el tipus d'abús amb més grau d'intrusió (amb penetració o intent de penetració) en dones que s'havien pres una sobredosi medicamentosa. Les xifres varen augmentar en utilitzar una definició més ampla d'abús sexual. De les dones que varen relatar abús sexual, un 80.7% el varen patir per primera vegada abans dels setze anys. A més a més, en una proporció significativa (10.5%) va succeir abans dels set anys, sobretot en les dones que s'havien pres cinc o més sobredosis (27.3%). El nostre treball demostra que proporcions altes d'abús sexual poden ser obtingudes utilitzant mides d'autocomplexió, mitjançant un qüestionari. Així, tot i que no vàrem fer una comparació directa entre les dues metodologies (qüestionari vers entrevista), resulta raonable pensar que les modificacions metodològiques incorporades en els qüestionaris contribuïren a les altes proporcions obtingudes.

va ser revelat Abús sexual entre companys (*Peer Sexual Abuse*) va ser descrit per 53.5% (n=61) de les dones. D'aquestes, 43% (n = 49) havien patit abús sexual sense contacte, i 47.4% (n = 54) abús sexual de contacte, amb un ensolapament important entre els dos.

Pel que fa a la relació amb l'autor de l'abús, un 72.8% de les víctimes coneixien als autors de l'abús, i un 31.6% de tot l'abús que es va produir dins de la família. Les diferències exactes entre la que ha patit abús de tipus intrafamiliar i extrafamiliar no són del tot clares. Fischer i McDonald (1998) varen intentar clarificar aquest punt. Els seus resultats mostraren que: (a) les víctimes d'abús intrafamiliar presentaren un nivell d'intrusió

més elevat, havien estat abusades per primer cop més aviat, l'abús havia durat més temps, i hi havia un major component de maltractaments físics i abús psicològic; (b) els autors d'abús intrafamiliar utilitzaren menys la força física o verbal, però possaren més pressió a "no dir-ho a ningú"; i (c) no existien diferències intra/extrafamiliars pel que fa a la preferència del sexe de les víctimes.

En el nostre treball, abús físic va ser descrit per 71.1% de les dones, mentre que abús físic entre companys (*physical peer abuse*) va succeir en 58.7% (n = 61). Abús psicològic era present en 64.9% (n = 74), i abús psicològic entre companys (*psychological peer abuse*) en el 73.6% (n = 67). Així, les experiències d'abús són molt prevalents i de manera consistent, especialment les d'abús sexual, les trobem associades amb problemes diversos a l'edat adulta (Vogeltanz i col., 1999). Malgrat tot, el lligam entre les experiències d'abús i la psicopatologia en l'adult no és entesa del tot. Donada la prevalència de l'abús sexual i de les seves seqüeles, cal que desenvolupem dissenys longitudinals i prospectius per tal d'entendre els diferents processos que prenen part.

Suïcidi, Sexe i Abús Sexual

Tot i que la literatura mostra més estudis de dones que d'homes, avui en dia podem afirmar que aproximadament un 70% de les víctimes d'abús són dones, mentre que un 30% són homes. Pel que fa comportaments suïcides i parasuïcides, existeixen diferències considerables entre homes i dones, algunes de les quals han estat recentment confirmades per l'equip danès d'en Qin (Qin i col., 2000). Malgrat tot, necessitem més estudis d'aquest tipus per clarificar les associacions socials i econòmiques amb comportaments parasuïcides en cadascun dels sexes. Investigacions dels factors genètics i biològics relacionats amb el risc dels comportaments suïcides i parasuïcides es troben en estat embrionari, però cal que siguin conduïdes des d'una perspectiva diferent, depenent del sexe (Hawton, 2000). Recerca dins dels tractaments dels comportaments suïcides i parasuïcides cal que investiguin diferències entre homes i dones en la

seva resposta. Només així coneixerem si cal que desenvolupem nous tractaments.

Context Social del problema

A diferència dels maltractaments físics, que han mostrat associacions estadístiques amb mides de condicions socioeconòmiques, l'abús sexual no es troba generalment associat amb una classe social determinada, o amb altres mides d'estratificació social. Tot i això, característiques familiars, com ara separació o psicopatologia en els pares, semblen tenir la seva importància.

En un programa produït per la BBC (*British Broadcasting Corporation*) el Març del 2000 sobre adolescents amb problemes de drogues i comportaments parasuïcides, es va presentar una visió sociològica del problema. El programa il·lustra la ineficàcia del sistema de consultes externes arrel dels problemes socials que els joves tenen, i es centra en la pressió del grup que els envolta, els aspectes culturals (més prestigi per el que s'ha pres més pastilles i ha estat admès a l'hospital), i la història tant familiar d'utilitzar una sobredosi com a estratègia per temporalment sortir-se'n dels problemes del dia a dia, com a factors importants per entendre el perquè dels comportaments parasuïcides.

En intentar que la gent jove amb problemes socials redueixi el nombre de comportaments parasuïcides, un ha de planificar un servei que alhora valori els comportaments parasuïcides i ajudi als joves a manegar les seqüeles emocionals i a nivell de comportament de les experiències d'abús (Molnar i col., 1998).

Efectes de l'abús en els nens

En aquest treball hem revisat l'evidència de l'impacte de les experiències d'abús en el nen. Aquest anàlisi ha portat al plantejament de tres qüestions principals. En primer lloc, fins a quin punt l'exposició a experiències d'abús, especialment abús sexual, porta a comportaments problemàtics i dificultats en els nens. En segon lloc, quins factors

influencien la resistència dels nens exposats a experiències d'abús? Finalment, fins a quin punt el tractament de les experiències d'abús sexual redueix els efectes adversos de l'abús en els nens.

Pel que fa a una relació causal entre les experiències d'abús sexual i la capacitat d'adaptació del nen, un ha de tenir en compte els efectes dels processos de selecció de la mostra. En la majoria dels estudis les comparacions s'han fet entre els que sabem que han estat abusats, i un grup control no abusat. Això podria portar a incórrer en un biaix, ja que és més que probable que els nens abusats, per altres raons, presentin més problemes arrel de l'exposició a altres circumstàncies adverses. Aquests factors portarien a una major prevalència de problemes familiars, una major exposició a situacions socio-econòmiques difícils, etc. Malgrat tot, considero que hi han arguments que suggereixen una relació causal. Per exemple, la presència d'una relació entre gravetat de l'abús i símptomes posteriors (Sirles, Smith, & Kusana, 1989; Coll i col., 1998; Law i col., 1998). També, el grau d'especificitat dels símptomes, i l'evidència que les teràpies dissenyades a adreçar l'abús sexual en nens semblen portar a reduccions en els símptomes psiquiàtrics i problemes d'ajustament (Finkelhor & Berliner, 1995; McGain & McKinzey, 1995).

Així, sabem que els nens que han patit abús sexual presenten un risc elevat de presentar dificultats de tipus emocional, psicològic i d'ajustament general. De totes maneres, val a dir que no tots els nens exposats a l'abús sexual presenten aquestes dificultats, i fins a un 50% dels nens no mostren cap problema de comportament com a conseqüència de la seva exposició. Abús sexual a l'infantesa no es troba lligat amb una síndrome de l'abús sexual clara i reconeixible, però alguns nens poden mostrar símptomes de trastorn de l'estrès postraumàtic i conductes sexualitzades que són reflexa directe de la seva exposició a les experiències sexuals.

Efectes de l'abús en els adults

En aquesta tesi he cobert tres aspectes principals: (a) una revisió de l'evidència dels lligams entre experiències d'abús, principalment sexual, i el

funcionament posterior en l'edat adulta, (b) un exàmen de les dificultats metodològiques, i d'altra mena, en interpretar l'evidència a la nostra disposició, i (c) la presentació de models teòrics de les maneres en les que les experiències d'abús sexual podrien influenciar l'ajustament a llarg termini, especialment pel que fa a la presentació de comportaments parasuïcides.

Una associació entre la revelació d'haver patit abús sexual, i un ampli ventall de problemes a l'edat adulta ha estat molt ben documentat:

1. Proporcions elevades de símptomes depressius (per exemple, Mullen i col., 1993; Silverman, Reinherz, & Giaconia, 1996; Fergusson, Lynskey, & Horwood, 1996).
2. Proporcions elevades de trastorns d'ansietat (per exemple, Mullen i col., 1993; Fergusson i col., 1996).
3. Proporcions elevades de comportaments antisocials (per exemple, Fergusson i col., 1996).
4. Proporcions elevades d'abús de substàncies diverses, incloent drogues (per exemple, Mullen i col., 1993; Fergusson i col., 1996).
5. Proporcions elevades de trastorns de l'alimentació (per exemple, Wonderlich, Brewerton, Jolic, Dansky, & Abbott, 1997).
6. Proporcions elevades de comportaments suïcides o parasuïcides (per exemple, Briere & Runtz, 1986; Mullen i col., 1993; Fergusson i col., 1996; Peters & Range, 1995; Coll i col., 1998).
7. Proporcions elevades de trastorn de l'estrés postraumàtic (Silverman i col., 1996) o trastorns dissociatius.
8. Proporcions elevades de problemes de l'ajustament sexual (per exemple, Mullen i col., 1994; Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1997).

Així, queda clar que l'exposició a abús sexual a l'infància es troba relacionat amb increments en el risc de presentar un seguit de trastorns psiquiàtrics en l'edat adulta. Aquests problemes inclouen depressió, ansietat, abús de drogues i alcohol, trastorns de la personalitat, trastorns de l'alimentació, problemes sexuals, i comportaments parasuïcides. Tot i això, és important el clarificar que, per suposat, no totes les persones que han patit abús

sexual en la seva infància desenvolupen un d'aquests problemes. De fet, diversos estudis han confirmat que fins a un 40% dels adults que descriuen experiències d'abús sexual en la seva infància, no presenten cap trastorn de salut mental. L'exposició a l'abús sexual durant l'infància també es troba associat amb problemes sexuals, amb aquelles que han estat abusades presentant uns valors significativament més alts de risc en els seus comportaments sexuals, o amb problemes clars d'ajustament sexual.

Comportaments Parasuicides i la seva Repetició

Les pacients que es donen d'alta abans de completar la valoració inicial després d'un episodi parasuicida presenten un alt risc de repetició (Crawford i Wessely, 1998). Aquesta observació té una importància encara major quan considerem que la proporció de gent que es dona d'alta de l'hospital abans de que la seva valoració inicial hagi estat finalitzada s'ha més que doblat durant la dècada dels noranta, passant d'un 8% el 1991 a un 17% el 1997 (Crawford i Wessely, 1998). En un moment en el que la valoració de les intervencions per pacients que de manera deliberada es prenen sobredosis o s'autolesionen, resulta preocupant que entre els que estan sent exclosos dels estudis (perquè es donen d'alta abans de que la valoració inicial hagi estat completada) podrien trobar-se els pacients amb un risc més alt de repetir aquests comportaments parasuicides. Aquest coneixement dóna encara més importància tant a la utilització d'un angle psicosocial per els professionals d'urgències durant les fases inicials del tractament (Crawford, Turnbull, i Wessely, 1998), com a la necessitat de desenvolupar un coneixement més profund de les raons perquè una proporció tant alta dels pacients opta per deixar l'hospital abans de que la valoració inicial s'hagi completat.

No hi han respostes clares del que "funciona" per els o les repetidores de comportaments parasuicides. Fins a finals de la dècada dels noranta hi havien estudis que es contaven amb els dits d'una mà que analitzessin els serveis a disposició d'aquests pacients i la seva efectivitat (Appleby i Warner, 1993). Així, el tema de repetició de comportaments parasuicides

està marcat per una aura de pessimisme terapèutic.

En primer lloc, només una minoria de les persones que es presenten als serveis de salut mental amb comportaments parasuicides es troben dins d'una carrera de repetició. Els que hi estan, sembla que tenen unes característiques definitòries que ens permet un cert grau de predicció. De cares a la planificació de serveis, aquests formen un grup important. Aquells que no repeteixen els seus episodis parasuicides no tenen una necessitat comparable. Així, el primer esglaió per a qualsevol servei per comportaments parasuicides és identificar qui són els repetidors i les repetidores potencials, de la mateixa manera que un servei de prevenció de suïcidis intentarà identificar els suïcides potencials.

En segon lloc, avui en dia existeix un reconeixement que els i les repetidors i repetidores tenen una combinació de dificultats que es podria resumir de la manera següent:

- (a) un alt estrès de caire social, amb una proporció incrementada de situacions de la vida diària augmentada durant els sis mesos previs al darrer episodi parasuïcida.
- (b) unes pobres estratègies de sortir-se'n.
- (c) un contacte patològic amb els serveis de salut.
- (d) una probabilitat més alta d'haver patit maltractament o abús.

Fins i tot en estudis en els que estrès social ha estat reduït, les dificultats semblen ser massa arrelades per obtenir una millora, suggerint que el comportament parasuïcida es reforça ell mateix. Així, la identificació i tractament de les repetidores es tindria que posar en funcionament ben aviat en la seva història de repetició (però no hi han estudis que es centrin en aquest grup), i tindria que continuar lo suficient com per revertir el patró de parasuïcidi, potser més enllà dels tres mesos dels estudis realitzats fins ara. De la mateixa manera, el disseny d'un servei que ofereixi una manera de contacte més flexible, incloent un component important d'educació en altres maneres de manegar estrès i les emocions, és una part essencial del tractament i de la planificació per aquest grup de pacients. Tot i que alguns investigadors a les dècades dels setanta i vuitanta varen trobar que

la facilitat amb que un servei és accedit no redueix el risc de repetició (Chowdhury i col., 1973; Hawton i col., 1981), no és aparent que aquests estudis incloguessin cap mena d'ensenyament específic en maneres alternatives de comunicar el angoixa o en potenciació dels recursos i potencialitat de la persona.

Aquest tractament requeriria que les persones amb comportaments parasuicides reconeguessin els perills de les coses que els posen nerviosos, de manera que es posessin en contacte amb el servei en moments d'angoixa i, especialment, contemplar al parasuicidi com una manera poc afortunada de reclutar ajuda. Aquest concepte, que ens pot semblar senzill i bàsic, requereix un ensenyament extensiu i un grau important d'èmfasis, particularment en pacients que ja han après a atraure els serveis de salut mitjançant dany deliberat en contra d'un mateix. Bona pràctica clínica engloba aquests principis en treballar amb pacients d'alt risc. Resta per veure si la recerca pot ser suficientment sofisticada per valorar si aquesta mena d'enfocament pot aconseguir els seus objectius. A Bristol, Anglaterra, el Professor Morgan, amb el seu estudi de la targeta verda ("*Green card study*") va explorar aquesta idea.

Canviant lleugerament el punt de mira, existeix una mancança alarmant d'estudis que parin atenció a un tercer aspecte del fenomen parasuicida, separat de l'epidemiologia i dels factors d'actituds. Aquest tercer aspecte seria la interacció amb, i la utilització dels serveis salut mental. La opinió generalitzada és que una negativa a acceptar ajuda dels serveis de Salut Mental es trobaria associat amb repetició, però aquesta afirmació és orfe d'una base científica que li doni suport.

El reconeixement que per un important subgrup d'actes parasuicides l'episodi que porta al pacient a l'atenció dels nostres serveis és únicament un d'una sèrie, requereix que pensem atenció a quelcom més que a la situació aguda, i que busquem una descripció més completa dels individus que repeteixen, tant epidemiològicament com en concepte de malaltia, personalitat i context social. Un dels objectius d'aquest treball ha estat el contribuir a aquesta tasca.

Entre el grup dels que repeteixen comportaments parasuicides, hom pot concloure que cal que fem distincions importants. Una història familiar de

trastorns psiquiàtrics condueix a la repetició però no sembla que indiqui especialment a un nombre alt d'altres episodis (Kreitman i Casey, 1988). Per altra banda, haver patit maltractaments físics (Kreitman i Casey, 1988) i/o abús sexual de contacte o abús psicològic (Coll i col., 1998; Law i col., 1998) sembla que sigui una característica de les repetidores majors ("*grand repeaters*"), més que de les repetidores menors ("*minor repeaters*"). Altres estudis han identificat altres factors que no hem trobat que siguin especialment significatius en la nostra població, com ara pertànyer a classe social baixa, estar solter, tenir un problema amb l'alcohol, o presentar trets sociopàtics. Una delineació més acurada de les repetidores majors representarà un pas endavant en la seva detecció i prevenció de futures repeticions.

Metodologia

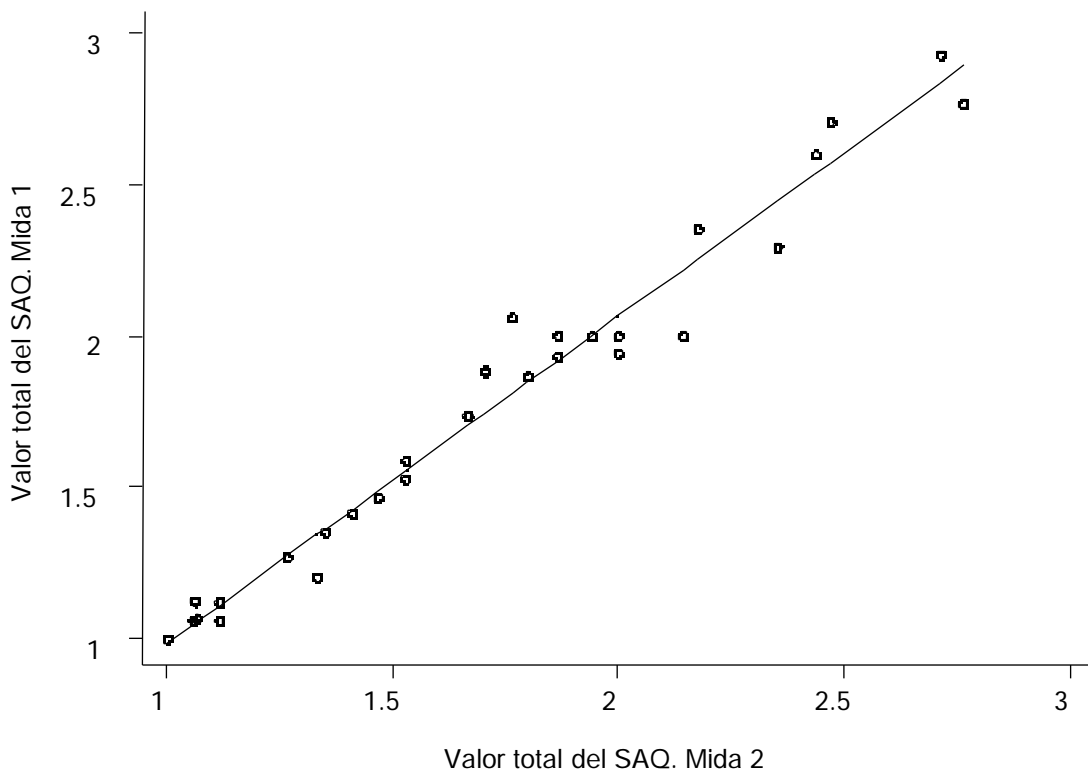
A manera de síntesi, les estratègies que s'han suggerit per millorar la mesura, classificació i investigació de les descripcions d'abús són:

1. Classificació utilitzant un espectre de gravetat, evitant la generalització.
2. Millora en la metodologia de recerca. En principi, seria factible dissenyar estudis aleatòriament per examinar fins a quin punt els diferents mètodes afecten la prevalència obtinguda.
3. Valoració de la validesa i consistència de les descripcions d'abús. La consistència pot ser mesurada mitjançant la repetició del qüestionari a la mateixa mostra. No hi han massa estudis que estudiïn la consistència temporal dels resultats obtinguts. Malgrat tot, aquest tema va estar tractat per Martin i col. (1993) en un estudi d'una mostra de dones de Nova Zelanda. Aquests autors varen trobar una consistència "mitja-bona" estudiant la seva mostra dues vegades. Nosaltres vàrem tornar a passar els qüestionaris referents a experiències d'abús entre 12 i 18 mesos després de la investigació original a un grup de 30 de les dones de la mostra (escollides a l'atzar) que havien descrit experiències d'abús. La consistència de les parelles de resultats va ser alta (Figura 1). La figura 1 mostra de manera gràfica la similitud de les dues

valoracions (Bland & Altman, 1986), que es trobaren altament relacionades ($r = 0.98$). Una altra valoració de la validesa dels resultats podria ser obtinguda mitjançant la comparació de les descripcions d'abús de les persones amb altres fonts d'informació, per exemple, dels serveis socials; o per la mateixa anàlisi de canvis en la descripció amb el pas del temps. Val a dir, però, que tot i els refinaments metodològics que podríem adoptar, el tema de la validesa de les descripcions d'abús continuarà essent una consideració important per interpretar estimacions de prevalència i l'anàlisi de les causes i conseqüències de l'abús.

4. Utilització d'instruments que permetin: (a) enregistrar la victimització dins les categories convencionals de criminalitat i protecció de menors; (b) una valoració adequada de la victimització, tant si aquesta es dona dins la mateixa família, com si l'autor és un estrany; (c) preguntar sobre crims específics de l'infància, com ara delictes sexuals sense violència i abandonament; (d) recollir dades d'autocomplexió amb nens des dels 7 anys; (e) utilització de llenguatge simple i específic; (f) la protecció de la intimitat durant el recolliment de les dades; (g) tenir en compte diferències ètniques, de classe social, i de sexe; (h) preparar procediments per assistir a nens en perill (Hamby & Finkelhor, 2000).
5. Utilització d'estudis qualitius per tal de minimitzar l'inconvenient de disposar de mostres petites (Lynch i col., 1999).

Figura 1. Relació entre les administracions primera i segona del SAQ (*Sexual Abuse Questionnaire* – Qüestionari d'experiències sexuals) per valorar la consistència test-retest de l'instrument.



Clau: 0-1 = Valor d'1 a 66 en el SAQ
 1-1.5 = Valor de 67 a 100 en el SAQ
 1.5-2 = Valor de 101 a 132 en el SAQ
 2-2.5 = Valor de 133 a 166 en el SAQ
 2.5-3 = Valor de 167 a 200 en el SAQ

Tot i que cal reconèixer que encara hem de viure amb l'incertesa de quina és la prevalència real de les experiències d'abús, un nombre d'aspectes estan força més clars. Primer de tot, l'exposició a experiències sexuals no desitjades no és infreqüent i, encara més important, existeix evidència vàlida i consistent que suggereix que d'un 5 a un 10% dels nens estan exposats a actes sexualment abusius que consisteixen en penetració o intent de penetració. En segon lloc, tot i que no va ser investigat en el nostre estudi, els resultats d'altres estudis mostren que l'abús sexual no es troba limitat a les dones, afectant també als homes. Així,

en examinar les formes més severes d'abús sexual que inclouen penetració, els valors de prevalència no difereixen massa entre homes i dones. En tercer lloc, les dones que es prenen sobredosis, i de manera especial les que es prenen sobredosis de manera repetida, cal que siguin preguntades sobre una història d'abús, ja que pot ser que aquesta història d'abús sigui el que estigui darrera d'aquest patró de comportament.

Cicles de l'abús: Víctimes i Autors

A l'any 1995, una anàlisi detallada de 20 estudis de protecció de menors va ser publicat per el Ministeri de Salut Britànic (Department of Health, 1995). Aquest ha resultat ser un document clau en estimular noves iniciatives i influenciar el desenvolupament dels serveis de Salut Mental per l'Infància i l'Adolescència. Un dels temes que va desenvolupar va ser la noció de treballar coordinats amb els serveis d'adults.

En decidir quin és el mètode més apropiat i efectiu d'intervenció i tractament en casos d'abús, aquests s'han desenvolupat d'acord amb el coneixement acumulat dels efectes de l'abús. Els principis bàsics darrera de qualsevol intervenció es podrien resumir en cinc punts principals. Primer, la importància a posar-se d'acord amb una definició d'abús. Aquest punt ha estat desenvolupat en altres seccions d'aquesta tesi. Segon, la necessitat d'una resposta que englobi als tres cossos proveïdors, salut, educació i serveis socials. Tercer, la valoració ha d'estar dirigida a esbrinar les necessitats del cas concret, i la resposta dependrà del grau de necessitat identificat. Quart, és el compartir de la informació entre els diferents professionals i departaments. Finalment, el recordar que els nens i els individus vulnerables han de ser escoltats, al igual que les seves famílies.

El que més he après en revisar la literatura són les limitacions i la manca de certesa que existeixen en les descripcions tant de les víctimes (o supervivents) com dels autors. Tot seguit, indicaré unes conclusions bàsiques a les que podem arribar en analitzar tota l'evidència a la nostra disposició:

1. Els nens que presenten un risc més elevat de ser abusats semblen provenir de famílies caracteritzades per uns nivells alts de dificultats, que poden anar

des de conflictes i separacions entre els pares, a presència de padrastres, psicopatologia en els pares, o problemes en les relacions entre pares i fills. La manera en què aquests factors incrementen la vulnerabilitat individual a l'abús encara no és del tot clara, però ha estat suggerit que aquestes característiques augmenten el risc de patir abús sexual, creant una ecologia social en la que els nens no es troben protegits dels incidents d'abús.

2. Fins fa poc, es creia que hi havia una mena de monopoli entre els homes per esdevenir autors d'abús sexual. Aquest punt de vista existeix degut a un biaix de gènere en la literatura de l'abús sexual, com a resultat d'un èmfasi en les poblacions de dones. Tot i que hi ha evidència que suggereix que, de fet, existeix un monopoli d'homes entre els autors d'abús sexual afectant a dones, també existeixen estudis que confirmen que un autor d'abús sexual a nens de cada cinc, és una dona. Les estimacions presentades en aquesta tesi doctoral suggereixen que 90% dels autors són homes i 10% són dones, amb la gran majoria de les dones autores abusant a nens en lloc de a nenes.
3. A diferència del que ens ensenya el coneixement popular, la majoria dels episodis d'abús sexual a l'infantesa no involucren a membres de la família, si no que els autors tot sovint són altres coneguts de la víctima (41.2% en el nostre estudi). Malgrat tot, també existeix evidència que suggereix que els incidents d'abús sexual que involucren a membres de la família tot sovint són més severs i tendeixen a representar abús sexual recurrent i de contacte amb penetració.
4. Els resultats de la investigació clínica dins del camp de l'abús sexual són ambivalents pel que fa a la caracterització d'aquest grup. La descripció més sistemàtica de l'evidència va estar exposada per l'equip liderat per el Professor Finkelhor. Les seves conclusions es podrien sintetitzar en la hipòtesi de que l'autoria d'abusos sexuals es troba relacionada a circumstàncies que promouen: (a) congruència emocional entre l'autor i els nens; (b) l'autor troba als nens estimulants des del punt de vista sexual; (c) hi han factors que bloquegen o prevenen l'autor d'abusos sexuals de formar relacions satisfactòries amb adults; i (d) existeix una manca d'inhibició que anima als autors a iniciar comportaments de caire sexual amb nens.

5. De manera contrària al que la gent creu, la majoria dels autors d'abusos sexuals no han estat abusats sexualment en la seva infància. Els estudis publicats fins al moment, suggereixen que entre un 20 i un 40% dels autors d'abusos sexuals descriuen haver patit abús sexual en la seva infantesa. Malgrat això, és més que possible que per algunes persones, l'exposició a l'abús sexual sigui el precipitant més significatiu de la seva pròpia carrera abusadora, especialment si l'exposició a les experiències d'abús es dona de manera conjunta amb altres factors que podrien facilitar l'abús sexual posterior.
6. El nois adolescents que abusen sexualment a altres nens representen un repte important per els professionals que treballen en el camp de la protecció de menors, ja que són responsables del 30% de tot l'abús que es descriu. Els factors que posen a nois adolescents a un risc elevat d'abusar sexualment a un infant, sense importar si havien patit una experiència prèvia de victimització sexual són (Skuse i col., 1998): experiència de maltractaments físics, presenciar violència física, un trencament de la unitat que els oferia seguretat i cura, i trobar-se amb el refús de la família. Una història de victimització sexual de l'adolescent continua sent un factor de risc important, però queda clar que hem de fer un esforç per entendre millor de quina manera les experiències afecten a cada persona. Donat que l'adolescència és un moment en el que les preferències sexual maduren, representa una finestra d'oportunitat terapèutica (Bentovim i Williams, 1998) per psiquiatres i altres professionals del món de la salut mental per intervenir en aquest estadi del desenvolupament amb la intenció d'interrompre una potencial escalada en el comportaments sexualment criminals.

Kaufman i Zigler (1987) investigaren els patrons d'heretabilitat de violència infantil i d'abús sexual. La seva recerca mostra que seria erroni el assumir que aquests problemes passen a la generació següent de manera inevitable. Els autors posen èmfasi en el fet que les persones que han patit maltractament físics en la seva infància, durant la seva vida es cansaran de sentir que no seria pas estrany que ells també estomaquessin de valent els seus propis fills. Aquesta afirmació, a vegades es converteix en una profecia que es compleix. Per altra banda,

aquells que han trencat el cercle de violència es comencen a sentir com si fossin una bomba de rellotgeria amb cames i braços. Crec que sentit comú, un estudi seriós tant dels factors de risc com dels factors protectors per a cada cas concret, és la única manera per arribar a una valoració justa i clínicament acurada.

Estudis de Salutogènesis

Nens i nens que han patit experiències d'abús, especialment d'abús sexual, semblen tenir una major probabilitat de presentar un ventall de trastorns i problemes d'adaptació. Coneixem la predisposició a l'ansietat, les pors, la depressió, l'agressió, la baixa autoestima, els comportaments sexualitzats, i les conductes parasuïcides.

Malgrat tot, resulta molt complicat d'establir una relació causal, principalment degut a la selecció de la mostra a estudiar i a altres variables que confonen la investigació.

A l'any 1873, el tren en direcció a Londres en el que viatjava en Charles Dickens va descarrilar. En els seus escrits l'escriptor parla dels símptomes que va desenvolupar, que serien congruents amb la descripció actual d'un trastorn de estrès posttraumàtic.

La reacció a aquests símptomes, tant en el cas de Sir Charles, com en el d'una noia adolescent que hagi estat violada, tendeix a ser de negació, angoixa, i d'evitar certes situacions. Aquests símptomes tendeixen a tenir conseqüències en el funcionament del dia a dia de la persona. A nivell biològic, un estímul arriba al tàlem sensorial, que després el passa a l'escorça cerebral i a l'orella de l'amígdala, que conseqüentment estimularà la secreció d'esteroids corticals. En tot això, l'hipocamp intenta disminuir aquesta producció, però arriba un moment en el que no ho pot controlar.

Psicogeriatries descriuen la seva experiència clínica de que en alguns casos, després de l'episodi d'abús (o d'una experiència bèlica), hi ha un funcionament aparentment normal de la persona fins el moment de deixar la feina o el començament de símptomes que, apart de l'aspecte temporal, complirien criteris d'estrès posttraumàtic.

Alguns autors proposen que l'abús porta a una síndrome específica similar al

trastorn estrès posttraumàtic, però l'evidència no dona suport a aquesta hipòtesi. Més que això, el que sabem és que les víctimes tenen un risc elevat de patir un ventall de símptomes. Els símptomes que cadascú presenta es creu que es troben relacionats amb el passat i amb la personalitat de la persona.

Amb això al cap, es varen desenvolupar els models de teràpia cognitivo-conductual. Aquests (Verduyn i Calam, 1999) solen presentar tres mòduls que cobriran: (a) aprenentatge en habilitats de supervivència i discussió de tòpics relacionats amb l'abús; (b) exposició a claus relacionades amb l'abús, identificant i alterant els pensaments erronis de culpabilitat o responsabilitat; i (c) educació pel que fa a la sexualitat, la dinàmica de l'abús, i la possibilitat d'abús en el futur. A més a més de lo mencionat, el treball també inclou al pare o mare no involucrats en l'abús, promovent la comunicació, la seguretat personal, i el processament de tota la informació rebuda.

Tenint en compte les avantatges i beneficis de la teràpia cognitivo-conductual, Wieland (1997) deixa clar les limitacions i els problemes potencials d'aquest model en el camp de l'abús:

1. la teràpia es troba centrada en voltant de l'agenda del terapeuta. Això pot significar que l'adolescent i les seves necessitats en un moment donat no siguin validades, una situació paral·lela a l'escenari de l'abús.
2. donat els tipus de mecanismes de defensa utilitzats per adolescents que han estat abusats sexualment (repressió i dissociació), parlar de l'abús abans de que la persona estigui preparada podria potenciar l'establiment de sistemes de defensa i patrons de comportament destructius per a la persona.
3. Tot i que les teràpies cognitives analitzen els missatges que l'adolescent rep de l'abús, no adrecen el concepte internalitzat d'un mateix en relació als altres: "Ja sé que no era culpa meva, però encara em sento culpable pel que va passar. El sentiment de culpabilitat no se'n va".
4. El centrar-se molt en el pla de tractament pot fer que el terapeuta s'oblidi del neguit que l'adolescent va patir, i de que l'adolescent es troba ficat en un munt de tasques que formen part del seu desenvolupament. Tasques com ara el negociar la separació de la seva família, guanyar un sentit d'identitat propi, i l'exploració de noves relacions i experiències.

D'un 20 a 50% dels nens que han estat abusats sexualment no presenten símptomes en el futur. Recerca dins del camp de la resistència ("*resilience*") i dels factors protectors, estudia el que fa aquests nens i nenes passin de ser vulnerables a resistents ("*resilient*").

El doctor Gustavo Girard, Professor de Pediatria a Buenos Aires, en la seva xerrada a la 37ena Reunió de la Societat Espanyola de Psiquiatria Infanto-Juvenil a Girona (18-19 Maig 2000), va demostrar que la nostra educació ha estat basada en la modernitat, és a dir, en la diada causa-efecte. Per altra banda, l'adolescent pertany a una societat post-moderna. Tot seguit va argumentar que l'axioma causa-efecte ha canviat, posant èmfasi en un efecte multicausal com a patró etiològic de la Psiquiatria.

Stephen Hawking parla de "la fi de les certeses", afirmant que els nostres adolescents creixen en un món a on les certeses s'han esvaït. En aquest clima, és a on els estudis de salutogènesis s'interessen en factors de protecció i resistència com a manera de generar salut. En certa manera ens recorden que no tant sols existeix el que veiem, sinó que també és real el que evita que quelcom es manifesti o succeeixi.

Aquest discurs ens porta als escrits de Milton Erickson, un Psiquiatra Americà que mantenia que "una persona sap la solució al seu problema, el que passa és que no se'n adona que la coneix".

En valorar la importància a llarg termini de les primeres interaccions dels nens amb altres persones, cal que mirem més enllà de les experiències de lligam entre la mare i el seu fill (Jones, 1997). Quan examinem el impacte potencial a llarg termini de les experiències d'abús, cal que recordem les troballes de Styron i Janoff-Bulman (1997). Aquestes, remarquen la importància d'examinar les variables que poden actuar com a factors de resistència (*resilience*).

Com a societat occidental, vivim en una cultura saturada per les creences psicològiques, que comparteixen la creença comuna que la causa dels problemes psicològics de la gent és el que els ha succeït en el seu passat. Un dels estudis més coneguts de supervivència és l'estudi longitudinal que Emmy Werner i Ruth Smith (1982) van portar a terme a Kauai, Hawaii. Durant més de trenta anys, aquests antropòlegs culturals van fer un seguiment de tots els

nascuts a l'illa a l'any 1955. En el seu llibre *Vulnerables però invencibles*, publicat a principis de la dècada dels vuitanta, varen mostrar com menys d'un de cada tres nens en un "grup d'alt risc" es varen desenvolupar en adults ben adaptats a l'edat de 18 anys. Dos terços tenien problemes i varen ser categoritzats com adolescents d'alt risc. Quan els dos investigadors varen re-examinar la mostra durant la dècada dels noranta, varen descobrir que dos terços d'aquells adolescents d'alt risc s'havien desenvolupat en adults ben adaptats a l'edat de 32 anys. Així, d'acord amb aquest estudi, tres de cada quatre persones amb una infància difícil han superat els seus començaments difícils en arribar a la seva tercera dècada d'existència.

La dita popular "el que no mata, engreixa" té el seu equivalent en el món anglosaxó amb "*that which does not kill me, makes me strong*" ("el que no em mata, em fa més fort"). Així, el que cal que esbrinem és el que fa que la gent es senti més forta en lloc de debilitada arrel d'experiències difícils a l'infància.

Mentre nombrosos estudis han documentat els efectes negatius a llarg termini de les experiències d'abús, investigadors comencen a identificar subgrups de supervivents que fan ajustaments positius a les experiències que han patit (Kendall-Tackett, Williams i Finkelhor, 1993; Harvey, 1996). La multiplicitat de presentacions psicològiques entre les persones amb històries d'abús ofereix la possibilitat d'identificar factors protectors que podrien reduir el risc d'abús sexual, o augmentar les habilitats de supervivència en cas de que l'abús es donés. Liem i col. (1997) varen identificar factors individuals i socials que es trobaren associats amb aspectes protectors per adults amb una història d'abús sexual a l'infantesa. Amb això els autors volien dir factors associats amb una vida sana i plena, en lloc de vides caracteritzades per una continuació de l'explotació i un malestar continuat.

En aquests començaments de segle sembla que existeix una tendència a obtenir un equilibri en les valoracions dels problemes pel que fa a psicòlegs i psiquiatres. Així, en lloc de només interessar-se per la patologia, apareix un renovat èmfasi en els recursos de les persones i la seva capacitat de resistir adversitats.

El terme "resistent" generalment s'entén com un grup de característiques

estables que van lligades a manegar-se bé davant de la presència de factors de risc reconeguts.

Malgrat tot, cal recordar el consell de Rutter (1985) que va indicar que la resistència a l'estrès es relativa, no absoluta. Amb això, va voler explicar que la resistència pot canviar amb el temps, de manera que un funcionament acceptable en un moment donat no garanteix un succés similar en el futur (Herrenkohl i col., 1994).

Kendall-Tackett i col. (1993) en una revisió de la literatura dels efectes immediats i a llarg termini de les experiències d'abús sexual, varen concloure que aproximadament un terç dels nens i nenes amb històries d'abús sexual no presentaven símptomes, i que un nombre significatiu dels simptomàtics es recuperaven força ràpid.

Tractant d'identificar mecanismes protectors que minimitzessin la resposta en forma d'estrès (Garmezy, 1985), investigadors han examinat les característiques individuals, l'ambient familiar, i les situacions experimentades pels nens i nenes que presenten desenllaços o resultats positius (quan en prediríem de negatius). L'evidència de la recerca al nostre abast (Beardslee, 1989; Rutter, 1987, 1990; Moran i Eckenrode, 1992; Harvey, 1996; Liem i col., 1997) suggereix que una font de resistència davant l'adversitat és una percepció ben arrelada de la pròpia autoestima i de l'autoreconeixement, augmentats per el convenciment que un pot manegar de manera eficient "els problemes de la vida diària" (Rutter, 1990, plana 206). L'autoestima i el reconeixement dels valors d'un mateix contrasten amb els sentiments de culpa i vergonya que tot sovint trobem com a seqüeles de les experiències d'abús. De manera similar, un sentiment d'eficàcia personal i de confiança en un mateix contrasta amb els sentiments de desesperança i impotència (Liem, O'Toole i James, 1996) que tot sovint són expressats per els supervivents de l'abús sexual.

Liem i col. (1997) trobaren diferències en certes característiques dels adults amb i sense històries d'abús sexual, en les proporcions de depressió, autoestima, i comportaments parasuïcides, a més, a més de en les característiques de l'abús. Per exemple, pel que fa a l'abús sexual, si aquest havia estat acompanyat de la utilització de força física, aleshores semblava existir una relació amb el grup una

resistència baixa.

Pel que fa a les característiques personals, Liem i col (1997) varen concloure que els supervivents resistents presentaven més estils atribucionals interns (en lloc d'externs). Així, tendien a atribuir a ells mateixos (en lloc de a forces externes) la capacitat d'arribar a les metes desitjades. A més, a més presentaven menys comportaments parasuïcides i autodestructius (Kelley i col., 1985).

En l'estudi de Liem i col. (1997), els supervivents resistents de l'abús sexual presentaven menys estrès en l'ambient familiar durant la seva infantesa (incloent divorci, morts, malalties importants, i abusos físics o psicològics). Aquest fet podria explicar la proporció tant alta que vàrem trobar d'ensolapament entre els tres tipus d'abús en el nostre estudi (Coll i col., 1998).

Pel que fa a les estratègies de sortir-se'n, les supervivents resistents no es culpen tant per l'abús (Gold, 1986; Liem i col., 1997), són més competents a nivell tant instrumental (amb bons resultats en el món del treball o acadèmic), com interpersonal (amb habilitat per formar i mantenir relacions), i tendeixen a no demanar ajuda mitjançant psicoteràpia en l'edat adulta (Liem i col., 1997).

La informació que recollim de manera rutinària en la història clínica, pel que fa a la persona, la família, i característiques de la situació concreta, ens ajuda a predir amb una seguretat considerable qui tindrà problemes a llarg termini després de patir experiències d'abús. Donat que aquesta mateixa informació resulta molt menys efectiva en predir els qui seran resistents a les experiències d'abús, cal que prenem atenció a qualsevol indicació dels factors protectors presents.

Si per qualsevol raó, un dels pares no és capaç de mostrar l'amor i el calor emocional, el nen intentarà establir un lligam afectiu amb l'altre membre de la parella. Si cap dels dos és capaç d'oferir aquest lligam, els nens tenen una habilitat per identificar i connectar amb figures parentals de substitució. La clau, aquí, rau en la seva habilitat a seleccionar adults que no explotaran aquesta vulnerabilitat i necessitat. Altres fonts de suport s'han descrit en amics, animals domèstics, la pròpia imaginació, escriure, pintar, o qualsevol altra forma d'expressió.

La imaginació pot ajudar tant a nens, com a adults a manejar els problemes. Així, el psiquiatra austríac Viktor Frankl va desenvolupar el concepte de

logoteràpia. Un dels arguments bàsics d'aquest punt de vista és que el nostre benestar és encara més depenent de la visió que tinguem del futur, que el que ho són les nostres memòries del passat.

La Kimberley, que va créixer amb la convicció de que la seva mare la odiava, mentre el seu pare es ficava al llit amb ella a les nits i la tocava allà a on no volia ser tocada, em va dir: "vosaltres Psiquiatres m'heu preguntat si he tingut pensaments suïcides, i us heu preguntat com me les he arreglat sense ells. Quan era petita tenia una família imaginària secreta que m'estimava i em donava el que em mancava a casa".

La qüestió del que ajuda a certes persones a sobreviure "malgrat tot" o "fins i tot en aquest infern", pot ser útil per ella mateixa. La mateixa Kimberley va dir "algú hauria d'haver-me fet aquesta pregunta fa temps. En pensar la resposta me'n vaig adonar de tots els punts positius que, de fet, tinc".

Ens els darrers quatre o cinc anys, dins del camp de la psicoteràpia, ha aparegut un interès per l'anomenat enfocament narratiu. D'acord amb aquest enfocament narratiu, la teràpia no és una manera d'esbrinar el que "de veritat" va passar a la vida de la nostra pacient, les seves causes, i els seus efectes. En lloc, és una discussió en la que el pacient i el terapeuta busquen una narrativa per la història de la vida del pacient. La narrativa té la funció de promoure l'autoestima i l'esperança sense distorsionar els fets.

Els nens abusats sexualment, després del seu examen són, tot sovint, posats en tractament psicològic. La manera d'enfocar aquest tractament té gran importància, ja que si es porta malament, pot incrementar els sentiments d'anormalitat del nen. Entre els professionals conscients d'aquest fet, destaquen el Psiquiatra Infantil suec Lars Westerström i la treballadora social Paula Heljestränd, que han desenvolupat la utilització de la teràpia familiar en el tractament de l'incest. El seu model posa èmfasi en les habilitats dels nens a sobreviure les males experiències que han patit, incloent abús sexual, i animen a altres experts a examinar i tractar aquests nens parant més atenció als mètodes de supervivència que ells mateixos han descobert. La seva hipòtesi és que quan els nens se'n adonen que els seus mètodes són respectats, comencen a respectar-se ells mateixos i a prendre orgull en la seva supervivència, en lloc de

sentir-se com a víctimes.

El nostre passat és una història que podem explicar a nosaltres mateixos de diverses maneres. Parant atenció als mètodes que ens han ajudat a sobreviure, podem començar a respectar-nos i a reflectir en el nostre passat difícil amb sentiments d'amor propi en lloc de lamentació.

El conegut Psiquiatra Infantil anglès, Sir Michael Rutter, i el seu grup de col·laboradors al Maudsley Hospital, a Londres, varen estudiar un grup de 100 dones que havien crescut en orfenats Londinencs en circumstàncies més que difícils (Rutter i Quilton, 1984). Els investigadors volien saber perquè un bon nombre de les noies havien sobreviscut millor que el que era d'esperar a l'edat adulta. Varen concloure que les experiències positives durant l'infància o més tard protegien les nenes dels efectes de les experiències negatives. Les entrevistes amb les dones, ara de mitjana edat, mostraren que varis factors les havien protegit: experiències positives a l'escola, el marit adequat, o una bona relació amb els seus propis fills.

Durant els anys quaranta, Milton H. Erickson (1901-1980), un psiquiatra americà i pioner en la utilització d'hipnosi, va introduir un interessant mètode de teràpia que ajudà als pacients a fer les seves memòries d'infància més positives. El terapeuta hipnotitza el seu pacient i li demana que vagi enrera en el temps fins arribar a la seva infància. Durant aquest procés, el pacient té una experiència de ser un nen tant real que fins i tot la veu pot canviar. En aquest punt, el terapeuta que utilitza la hipnosi pren el rol d'un adult savi i ple de compassió, amb qui el nen pot compartir el seus sentiments i preocupacions. El terapeuta parla al nen a diferents edats, per exemple quan el nen té dos anys, cinc anys, en edat escolar, i durant l'adolescència.

Un dels casos descrits per Erickson conta la història d'una dona anomenada Maria. Sota hipnosi va recordar que quan tenia sis anys havia patit un incident traumàtic. La seva germana petita havia entrat a la banyera amb tota la roba posada. La Maria va intentar fer sortir la seva germana de la banyera, però la germana va relliscar i quasi en va afogar. La Maria va cridar a la seva mare. La mare va arribar, va agafar a la germana, que aleshores ja prenia un color cianòtic molt perillós, i la va treure de la banyera. Després d'un quants cops a l'esquena,

la germana va tossir, respirar, i, per tant, viure. Malgrat tot, l'incident va preocupar a la Maria. En reviuire la memòria d'haver quasi afogat a sa germana va evocar sentiments de vergonya i ansietat, i va fer que parlés de l'incident sota hipnosis, mentre es trobava recordant el que va representar, per ella, el ser una nena de sis anys.

Amb llàgrimes als ulls, la Maria va explicar al Dr. Erickson tot el que va passar "el dia abans" i com la seva germana havia caigut a la banyera. Després d'escoltar la història, el Dr. Erickson va començar a resumir el que la petita Maria havia fet: "Vares veure que la teva germana estava en perill a la banyera i vas fer que la teva mare vingués i la tragués. Com que la teva mare va tardar una mica, tu vas intentar de treure-la tu mateixa. No vares poder evitar que et rellisqués la mà perquè no tenies la força necessària, però vas actuar de manera intel·ligent cridant a la teva mare per ajuda. D'aquesta manera vas salvar a la teva germana d'afogar-se". La Maria es va sentir millor tant bon punt com va veure l'incident a través d'aquests nous ulls. En la seva obra, l'Erickson descriu un seguit d'aquesta mena de trobades amb la Maria a diferents estadis de la seva vida, en els que li dona confiança, seguretat, i comprensió en diverses situacions. En intentar ajudar a una altra persona a recuperar-se del ressentiment per l'abús que varen patir, cal que recordem que el camí del perdó és llarg. El treball consisteix en desenvolupar un nou enteniment, un nou punt de vista del que va passar, i el perquè va passar. En construir aquest nou enteniment, podem trobar les preguntes següents d'utilitat:

- ¿Ajudaria si la persona que et va abusar admetés el que va fer, reconegué que va fer mal fet, i demostrés una mica d'enteniment del dolor que va causar fent el que va fer?
- ¿Ajudaria si es penedís de veritat i demanés perdó per el que et va fer? ¿De quina manera tindria que presentar les seves disculpes perquè tu les acceptessis?
- ¿Ajudaria si t'expliqués perquè va fer el que va fer? Si això es donés, quina explicació seria la que faria més fàcil per a tu el viure amb el que va passar?
- ¿Ajudaria si fos capaç de convèncer-te que el que va passar li ha ensenyat una lliçó que l'ha ajudat a canviar? ¿Què et convenceria que aquest canvi s'ha

produït?

- ¿Què tindria que passar en la teva vida per tal de que fossis capaç de posar les coses dolentes que vas patir en perspectiva? o ¿Com et podria la providencia compensar per tot el patiment que has passat?

A vegades, la vida ens presenta la oportunitat d'una conversa constructiva amb la persona que ens va fer quelcom dolent. Però, donat que normalment no gaudim de la possibilitat d'una trobada d'aquesta mena, és important que aprenem a treure el màxim profit dels diàlegs interns que podem tenir amb nosaltres mateixos, i amb les persones que ens han fet mal.

Així, els conceptes de la salutogènesi en el camp tractat, es centren en un ventall de principis que es podrien resumir en:

- Parar atenció als recursos tant interns, com externs que tens, ja que probablement són molts més dels que et penses.
- Respecte a un mateix per totes les maneres en les que un ha aguantat i sobreviscut les adversitats que ha patit.
- Consideració de les experiències que un ha patit com a situacions que poden haver tingut un rol en el desenvolupament de les seves qualitats positives.
- Estar orgullós del teu progrés i succés, estant alerta als signes indicadors que estàs anant per el bon camí.
- Ser conscient del que un vol de la vida i per el futur. Els anhels i desigs tenen una tendència a convertir-se en realitats, però el vent no fa favors a un vaixell sense destí.
- Creure en el teu dret a tenir un futur millor. Com més dur ha estat el passat, més dret un té a un futur millor.

Teràpia i Memòria

La nostra memòria canvia amb el temps. Així, les persones poden experimentar imatges que tenen una qualitat molt semblant a memòries sobre incidents que no es varen donar mai (Coll, articles originals).

Si un visita un terapeuta que creu de manera cega que

- els problemes es troben causats per un trauma reprimat a l'infància
- que la millora és depenent en recuperar i processar aquestes experiències

traumàtiques

- i que afavoreix la utilització de mètodes suggestius com ara el descriure el primer que li vingui al cap al pacient, associació lliure, anàlisi dels somnis, o fins i tot hiperventilació,

existeix un alt risc de que la persona començarà a “recordar” coses que, de fet, mai varen succeir.

Implicacions d'aquest estudi per a la Pràctica Clínica

Malgrat les limitacions metodològiques de la recerca en aquesta àrea, ara per ara tenim una quantitat considerable d'evidència d'un lligam entre experiències d'abús a l'infància, especialment abús sexual, i comportaments parasuicides posteriors. Com a clínics, cal que siguem capaços d'identificar individus amb un risc alt de patir aquesta seqüela negativa mitjançant una valoració del trauma patit a l'infància, i dels comportaments parasuicides posteriors.

El lligam entre trauma i comportaments parasuicides sembla ser més fort quan l'abús ha estat de llarga durada, l'autor és un conegut de la víctima, i l'abús ha representat la utilització de força i penetració. Tant el nostre, com la majoria dels altres estudis revisats troben una associació positiva entre trauma i els comportaments parasuicides, però les Raons de Odds (ROs) varien considerablement. Yellowlees i Kaushik varen demostrar que una RO de 3.39 per dones abusades sexualment per evidència d'un intent de suïcidi en comparar-les amb dones que no havien estat abusades (Yellowlees i Kaushik, 1994). L'equip d'en Mullen (Mullen i col., 1993) trobaren que els subjectes abusats eren 20 vegades més probable que presentessin comportaments parasuicides que els que no havien estat abusats, i 70 vegades més probable si l'abús havia representat penetració. Mentre, Zweig-Frank i col·legues ens informaren que la RO per víctimes d'abús amb penetració, demostrava que en pertànyer a aquest grup era 1.3 vegades més probable que presentessin un comportament parasuïcida (Zweig-Frank i col., 1994). El nostre estudi cas-control va mostrar que, per les pacients admeses després d'una sobredosi, era 15 vegades més probable que haguessin estat abusades sexualment (tant de manera intrafamiliar com extrafamiliar).

Hi ha quelcom específic en l'abús, quan és de tipus sexual i físicament invasiu, que augmenta el risc. Aquests aspectes contextuals de l'abús cal que siguin incorporats en la valoració per determinar el risc de presentar altres comportaments parasuïcides. L'instrument que hem desenvolupat (*Sexual Life Experiences Questionnaire*, Coll i col., 1998; *Cuestionario de Experiencias Sexuales*, Coll i col., 2000) valora els factors de risc de l'abús sexual, com ara el tipus d'abús, gravetat, duració, o la relació de la víctima amb l'autor.

A més, a més, necessitem instruments de valoració que identifiquin els aspectes d'ensolapament i diferenciació de comportaments parasuïcides i comportaments suïcides. És important que desenvolupem escales que incorporin una valoració del significat del comportament parasuïcida per el pacient, amb una discriminació especial de l'intent de morir. Això és important, doncs diferents modalitats de tractament podrien ser necessàries per proveir seguretat i estratègies per sortir-se'n basades en el discerniment de l'intent, la motivació, i el significat del comportament per el pacient. El reconeixement per part dels clínics del lligam entre la presentació amb un episodi parasuïcida i una història d'abús en el passat, facilitarà el preguntar de manera rutinària sobre abús en pacients que vegin en aquestes circumstàncies. Això tindria que ser obligatori en els que es presenten de manera repetida als serveis d'urgències amb comportaments parasuïcides.

Implicacions d'aquest estudi per a la Recerca

Necessitem definicions universals i instruments per mesurar les variables independents d'abús sexual i físic, i les variables dependents de comportaments parasuïcides, ideació suïcida, i comportaments suïcides. El Qüestionari de les Experiències Sexuales (Coll i col., 1998, 2000) pot ajudar a emplenar el buit a la maleta d'estris a utilitzar en aquest camp. A més, a més, estudis qualitius podrien ajudar a identificar els aspectes contextuals d'aquestes variables. Fan falta més estudis de la població masculina, específicament d'abús físic. Estudis longitudinals prospectius que objectivament verifiquen episodis d'abús també ajudarien a avaluar el risc que porten els diversos factors a través del temps, contribuint al desenvolupament i establiment de models teòrics, com ara

el que hem exposat a la secció de la discussió en voltant de la naturalesa del lligam entre abús i comportaments parasuïcides.

Molt pocs estudis han intentat definir el lligam entre una història d'abús sexual i el comportament parasuïcida subseqüent. Els estudis cas-control han demostrat que els comportaments parasuïcides són més freqüents en gent que ha patit abusos i maltractaments, però fins ara no existien estudis d'aquesta mena que confirmessin que les experiències d'abusos i maltractaments són més comuns en poblacions que mostrin comportaments parasuïcides. El nostre estudi demostra que les experiències d'abús (sexual, físic i psicològic) es donen en major freqüència en dones que s'han pres una sobredosi medicamentosa de manera intencionada, que en controls. Donada la evidència que hi ha un lligam entre trauma i comportaments autolesius, cal que la recerca es centri en el desenvolupament i anàlisi d'estratègies per poblacions d'alt risc. A més, a més, no està clar com les experiències d'abús es troben relacionades amb suïcidis completats, i aquest treball també resulta necessari.

Noves Fronteres i Direccions

La conclusió del que ens ofereix la recerca epidemiològica vers altres tipus d'investigació en l'estudi de les experiències d'abús, és que el mètode de recerca a utilitzar dependrà del propòsit per el que el mètode serà utilitzat. Si un vol obtenir un coneixement profund de l'abús sexual des del punt de vista de les persones que han patit abús sexual, o des del punt de vista del professional clínic enfrontant-se als problemes amb els que es presenten les víctimes dels abusos, aleshores l'anàlisi de material personal i de les històries clíniques ens oferirà la font d'informació més rica. Si, per altra banda, la preocupació de l'investigador és anar més enllà del cas concret o de la pràctica clínica personal, i intentar descriure el problema de l'abús sexual en el context d'una població determinada de persones, aleshores la recerca epidemiològica ens donarà una descripció més acurada.

Malgrat una inversió considerable de temps i diners en les teràpies i els mètodes de tractament dels diversos tipus d'abús i maltractaments, fins el dia d'avui, en ple segle XXII, encara coneixem ben poc de l'eficàcia d'aquests tractaments. Pel

que fa al futur immediat, un pot predir que durant la propera dècada, la recerca en aquest camp es centrarà en examinar si les teràpies per els diversos tipus d'abús ofereixen el que diuen oferir.

Altres àrees que podrien ser identificades com a prioritats per recerca en el futur inclourien les següents:

Una clarificació de la definició i significat dels diferents tipus d'abús. El context polític en el que l'abús sexual va ser redescobert ha portat a una utilització indiscriminada del terme, que ha de cobrir un ventall molt ampli d'experiències. Tant de bo que podem clarificar aquest problema de conceptualització de diverses maneres. En primer lloc, fa falta que arribem a posar-nos d'acord en les experiències que tindrien que cobrir els conceptes d'abús sexual, físic o psicològic. En segon lloc, cal que desenvolupem tipologies que diferenciïn entre els diferents tipus d'abús sexual. En tercer lloc, cal que continuem desenvolupant mètodes de mesura i tècnica per descriure cada tipus d'abús sexual (alhora que els maltractaments físic, i els abusos psicològics), i l'extensió i gravetat de l'incidència d'abús. Un enfocament que podria ser útil en clarificar la definició de gravetat de l'abús, i de l'extensió de l'incident seria el adaptar els mètodes que s'han aplicat a l'àrea més general de la recerca de les situacions de la vida diària per valorar l'estrès causat per exposició a una situació específica en el context d'un grup particular de circumstàncies.

1. Un millor enteniment del significat i validesa de l'experiència recordada de l'infantesa. Degut a motius pràctics, els estudis retrospectius continuaran formant la major part del cos de coneixement de l'abús sexual i les seves conseqüències. Arrel d'això, les memòries de les experiències tenen un rol central en la valoració i la definició de l'abús sexual, i resulta molt important que arribem a un enteniment més elaborat, tant de les limitacions, com de les utilitzacions de les experiències recordades. En els debats de temes com ara les memòries recuperades, la síndrome de la memòria falsa, i els nens com a testimonis; qüestions relacionades amb la precisió i el significat de l'experiència recordada és més que probable que continuïn posant dificultats. Aquestes dificultats seran tant per a la recerca, com per a la pràctica clínica dins el camp de l'abús, donat que no existeix una eina de referència vers la

que qualsevol memòria pugui ser validada. Malgrat aquesta limitació, podríem seguir un nombre de camins per clarificar alguns aspectes del descriure la informació obtinguda d'experiències recordades, com ara:

- a) Més estudis que examinin fins a quin punt la informació obtinguda és una reflexió dels mètodes que utilitzem per recollir aquesta informació, els tipus de preguntes que fem, el context en el que treballem, i altres característiques de la recollida de la informació.
- b) La utilització de dissenys longitudinals, en els que les persones són preguntades sobre les seves experiències d'abús en diverses ocasions, per examinar la estabilitat de les seves descripcions a través del temps i els factors associats amb canvis en les seves descripcions dels abusos.
- c) Estudis a llarg termini de nens que han estat abusats, per determinar la precisió de les memòries de l'abús en la infància.

Tot i que cap d'aquestes iniciatives ens oferirà una resolució total de l'exactitud de les descripcions de les experiències d'abús, pot ser possible que ens donin una visió més clara tant de la probable precisió de les descripcions d'abús, com de les possibles limitacions d'aquestes descripcions com a fets concrets que es varen donar en la infància d'aquesta persona.

- 3 Estudis semipropectius dels contextos de la infància en els que l'abús succeeix. Una cohort de nens i nens serien estudiats durant la seva infància per obtenir detalls de les circumstàncies socials i econòmiques de la família, el grau d'harmonia familiar, i l'ajustament del nen. Quan la cohort arriba a l'edat adulta, seria possible el preguntar-los sobre experiències d'abús durant l'infància d'una manera que minimitzaria els problemes pràctics i ètics que es donen en dur a terme un disseny totalment prospectiu.
- 4 Recerca de les consideracions ètiques lligades a la obtenció de la data de l'abús. Tot i el volum de publicacions preocupades en generar debat en voltant dels efectes dolents de preguntar a gent si han estat abusades, no hi ha pas massa evidència que doni suport a aquest punt de vista. De fet, cada vegada hi han més estudis que, com nosaltres, descriuen que aquells preguntats sobre experiències d'abús no pateixen una angoixa fora de lloc

com a conseqüència dels temes tractats (Fergusson i col., 1996). Malgrat tot, cal reconèixer que aquest és un tema conflictiu que requereix atenció. Una manera efectiva d'investigar-lo seria portar a terme un experiment aleatori en el que utilitzant una mostra gran de la població general, assignariem aleatòriament la meitat a ser preguntats sobre abús, mentre que l'altre meitat no seria preguntada sobre abús. Aquesta mostra després podria ser estudiada de manera longitudinal per examinar fins a quin punt aquells preguntats per experiències d'abús mostren patrons diferents d'ajustament i respostes diferents dels que no varen ser exposats a preguntes sobre experiències d'abús.

- 5 Una investigació de l'eficàcia dels tractaments utilitzats, tant en les experiències d'abús, com en els intents parasuïcides. Aquesta recerca crec que hauria de tenir prioritat per damunt de totes les idees esmentades fins ara. Durant els darrers anys hem experimentat un creixement important del nombre de teràpies i terapeutes per el tractament dels diferents tipus d'abús, especialment de l'abús sexual. Aquest creixement ha estat potenciat, com a mínim, per un parell de suposicions: (a) que les experiències d'abús necessàriament produeixen conseqüències negatives a curt i llarg termini; i (b) que aquests efectes es poden disminuir o eliminar amb la teràpia apropiada. Com he mencionat amb anterioritat, hi ha molt poca recerca que ha avaluat fins a quin punt les teràpies tenen efectes beneficiosos o perjudicials. Donat els costos socials i econòmics d'aquestes teràpies, cal que examinem els efectes beneficiosos de la teràpia quan els comparem amb no oferir cap teràpia, i fins a quin punt les diferents teràpies tenen efectes beneficiosos o perjudicials quan aquestes teràpies son comparades entre elles. Recerca en aquest camp no tant sols respondria les preguntes sobre l'eficàcia de les teràpies utilitzades, sinó que a més, a més ens oferiria evidència indirecta del rol causal de les experiències d'abús en el desenvolupament de problemes d'ajustament. En concret, si es demostrés que les teràpies que adrecen l'abús sexual obtenen resultats superiors que les que no adrecen l'abús sexual, aquesta evidència clarament suggeriria que el tractament específic de l'abús reduiria els problemes d'ajustament.

Això, per la seva banda, donaria suport a la hipòtesi de què la exposició a l'abús sexual, en absència d'altres factors, incrementa la vulnerabilitat individual a problemes d'ajustament.

- 6 Una millora del nostre coneixement i enteniment dels factors que porten a resultats o desenllaços de resistència (*resilience*) en nens i nenes que han estat abusats (Kaplan, Pelcovitz & Labruna, 1999).
- 7 Valoració estricta de l'efectivitat de les intervencions psicoterapèutiques i psicofarmacològiques, tant en el camp de l'abús, com en el dels comportaments parasuïcides.

La utilització de mostres més grans és necessari si tenim la intenció d'utilitzar anàlisis multivariades. En aquest estudi el poder estadístic es trobava una mica compromès per detectar diferències petites entre els casos i els controls. Per algunes de les variables hi havia menys d'un 50% de probabilitat de detectar una relació, el que podria voler dir que podia haver existit una relació, però la mostra era massa petita per detectar-la.

Aquest estudi demostra que la influència de les experiències d'abús en efectes adversos a llarg termini es troba mediatitzada i influenciada tant per la gravetat de les experiències d'abús, com per un ventall de factors familiars, socials i de personalitat. Això fa que la interpretació dels efectes directes de l'abús *per se* sigui difícil. Els equips d'en Mullen (Mullen i col., 1994) i en Peters (1988) han suggerit que l'abús sexual actua de manera relacionada amb el bagatge familiar, afectant l'autoestima del nen, i la seva capacitat per establir confiança, intimitat, i sexualitat, fent-lo més vulnerable a problemes de salut mental més endavant en la seva vida. Tot i que sembla força clar que les experiències d'abús incrementen la probabilitat de patir dificultats en les àrees d'autoestima, intimitat, i sexualitat en el futur, encara no ens queda del tot clar els mecanismes mitjançant els quals això es produeix.

El impacte de l'abús variarà depenent de la fase del desenvolupament en la que es produeixi. També variarà d'acord amb el grau de resistència (*resilience*) del nen, pel que fa al seu desenvolupament psicològic i social, fins aquell punt. Un nen (o nena) que ja ha tingut que enfrontar-se amb, per exemple un bagatge familiar problemàtic o abús emocional, podria ser més vulnerable al cop

addicional de l'abús sexual. Un altre nen amb un bagatge familiar més segur pot estar igualment afectat després de l'abús, però és probable que presenti menys problemes a llarg termini.

Experiències d'abús sexual són molt prevalents, de manera consistent les trobem associades amb problemes diversos a l'edat adulta, però malgrat tot, el lligam entre les experiències d'abús i la psicopatologia en l'adult no és entesa del tot (Vogeltanz i col., 1999). Donada la prevalència de l'abús sexual i de les seves seqüeles, cal que desenvolupem dissenys longitudinals i prospectius per tal d'entendre els diferents processos que prenen part. Una altra tasca important per als professionals de la Salut Mental és el desenvolupament d'intervencions amb suport empíric per al tractament de l'abús sexual. En aquests esforços cal incloure programes d'identificació precoç i d'intervenció per a noies joves que han estat abusades, i tractaments més efectius per dones que revelen abús i altres problemes, com ara depressió o abús de drogues.

Tot i que el tema del rol exacte de les experiències d'abús en l'etiologia del efectes negatius seguirà sent un tema controvertible i contenciós, això no tindria que aturar els nostres esforços per reduir el nombre de nens que pateixen abús, ni el nombre de joves i adults que pateixen conseqüències d'aquell abús, per exemple, prenent-se sobredosis de medicaments.

No hi ha cap mena de dubte que recerca dins del camp de l'abús sexual porta temps, i que fins i tot els estudis ben dissenyats patiran problemes importants relacionats amb la definició i mesura de les experiències.

En general, la perspectiva d'obtenir respostes indiscutibles i clares no és bona. Això fa que aquest camp de treball sigui evitat per els puristes que es concentren en la qualitat de la recerca en lloc de en la importància de la pregunta a contestar en l'estudi. Malgrat tot, la única ruta per resoldre tots aquests temes és mitjançant estudis ben dissenyats que adrecin punts centrals en aquest camp. És improbable que cap estudi concret, per ell mateix, resolgui totes les ambigüitats, dubtes, i incerteses que continuaran portant núvols damunt aquest camp. Per altra banda, estic convençut que la progressiva acumulació de coneixement empíric ajudarà de manera considerable a una conceptualització més clara dels

conceptes d'abús sexual, psicològic, i maltractaments físics. Aquesta evidència clarificarà les avantatges i limitacions de les diferents mides utilitzades per el seu estudi, identificant els contextos socials i familiars dins dels que les experiències d'abús és més probable que es donin, i examinant les conseqüències positives i negatives de cadascun dels tractaments a la nostra disposició.

Desitjo que aquesta tesi, i els articles originals publicats que formen part d'ella, sigui un altra gra de sorra a la platja del coneixement de les experiències d'abús i dels episodis parasuïcides.

BIBLIOGRAFIA

- Abel, G. G., Mittleman, M. S., & Becker, J. V. (1988). Predicting child molesters' response to treatment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 528, 223-234.
- Adams-Tucker, C. (1982). Proximate effects of sexual abuse in childhood: a report on 28 children. *American Journal of Psychiatry*, 139(10), 1252-1256.
- Anderson, L. S. (1981). Notes on the linkage between the sexually abused child and the suicidal adolescent. *Journal of Adolescence*, 4, 157-162.
- Anderson, J., Martin, J., Mullen, P., Romans, S., & Herbison, P. (1993). Prevalence of childhood sexual abuse experiences in a community sample of women. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(5), 911-919.
- Anònim (1995). *The mask*. Poema deixat a la sala a on les sobredosis medicamentoses eren atmeses a l'hospital de Bath, Anglaterra.
- Appleby, L., & Warner, R. (1993). Parasuicide: features of repetition and the implications for intervention. *Psychological Medicine*, 23, 13-16.
- Arruabarrena, M. I., & de Paúl, J. (1997). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Bagley, C., & Greer, S. (1971). Clinical and social predictors of repeated attempted suicide: a multivariate analysis. *British Journal of Psychiatry*, 119, 515-521.
- Bagley, C., & MacDonald, M. (1984). Adult mental health sequels of child sexual abuse, physical abuse, and neglect in maternally separated children. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 3, 15-26.
- Bagley, C., & Ramsay, R. (1985). Psychosexual correlates of suicidal behaviour in an urban population. *International Journal of Suicide and Crisis Studies*, 6, 63-77.
- Baker, A. W., & Duncan, S. P. (1985). Child sexual abuse: A study of prevalence in Great Britain. *Child Abuse and Neglect*, 9, 457-467.
- Bancroft, H. H. J., Skrimshire, A. M., & Simkin, S. (1976). The reasons people give for taking overdoses. *British Journal of Psychiatry*, 128, 538-548.

- Bancroft, J., & Marzack, P. (1977). The repetitiveness of self-poisoning and injury. *British Journal of Psychiatry*, 131, 394-399.
- Bancroft, J., Hawton, K., Simkin, S., Kingston, B., Cumming, C., & Whitwell, D. (1979). The reasons people give for taking overdoses: A further inquiry. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 353-365.
- Beardslee, W. R. (1989). The role of self-understanding in resilient individuals: The development of a perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 266-278.
- Beck, A. T., Schuyler, D., & Herman, I. (1974a). Development of suicidal intent scales. A. A. T. Beck, H. L. P. Resnik i D. J. Letieri (Eds.), *The prediction of suicide*. Philadelphia, Pennsylvania: The Charles Press.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974b). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1988). *The Beck Hopelessness Scale - Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation, Garcourt Brace Javanovich Inc.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). *The Beck Scale for Suicide Ideation (manual)*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 16, 101-118.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 413-434.
- Bentovim, A., Van Elburger, A., & Boston, P. (1988). The results of treatment. A. A. Bentovim, A. Elton, J. Hildebrand, M. Trander & E. Vizard (Eds.) *Child Sexual Abuse within the family: assessment and treatment*, planes 252-267. London: John Wright.
- Bentovim, A., & Williams, B. (1998). Children and adolescents: victims who become perpetrators. *Advances in Psychiatric Treatment*, 4, 101-107.
- Bernet, W. (1993). False statements and the differential diagnosis of abuse allegations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*

- Psychiatry*, 32(5), 903-910.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 12, 727-735.
- Bille-Brahe, U., Schmidtke, A., Kerkhof, A. J. F. M., De Leo, D., Lönnqvist, J., & Platt, S. (1994). Background and introduction to the study. A. J. F. M. Kerkhof, A. Schmidtke, U. Bille-Brahe, D. De Leo, J. Lönnqvist (Eds.) *Attempted suicide in Europe* (pp. 3-15). Leiden: DSWO Press.
- Birtchnell, J., & Alarcón, J. (1971). The motivation and emotional state of 91 cases of attempted suicide. *British Journal of Medical Psychology*, 44, 45-52.
- Bland, M.J., & Altman, D.G. (1986). Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *The Lancet*, 8476, 307-310.
- Boudewyn, A. C., & Liem, J. H. (1995). Childhood sexual abuse as a precursor to depression and self-destructive behaviour in adulthood. *Journal of Traumatic Stress*, 8(3), 445-459.
- Briere, J. (1988a). The long-term clinical correlates of childhood sexual victimization. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 528, 327-334.
- Briere, J. (1988b). Controlling for family variables in abuse effects research - a critique of the "partialling" procedure. *Journal of Interpersonal Violence*, 3(1), 80-89.
- Briere, J. (1992). Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 196-203.
- Briere, J., & Runtz, M. (1986). Suicidal thoughts and behaviours in former sexual abuse victims. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 18(4), 413-423.
- Briere, J., & Runtz, M. (1987). Post-sexual abuse trauma: Data and implications for clinical practice. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 367-379.
- Briere, J., & Runtz, M. (1988). Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. *Child*

- Abuse and Neglect*, 12, 331-341.
- Briere, J., & Zaidi, L. Y. (1989). Sexual abuse histories and sequelae in female psychiatric emergency room patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1602-1606.
- Brown, G. W. (1974). Meaning, measurement and stress of life events. A B.S. Dohrenwend i B.P. Dohrenwend (Eds.) *Stressful Life Events: their nature and effects*, planes 217-243. New York: John Wiley.
- Brown, G., & Harris, T. (1978). The social origins of depression. London: Tavistock.
- Brown, G. R., & Anderson, B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry*, 148, 55-61.
- Buglass, D., & McCulloch, J. M. (1970). Further suicidal behaviour: the development and validation of predictive scales. *British Journal of Psychiatry*, 116, 483-491.
- Buglass, D., & Horton, J. (1974a). A scale for predicting subsequent suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 124, 573-578.
- Buglass, D., & Horton, J. (1974b). The repetition of parasuicide: a comparison of three cohorts. *British Journal of Psychiatry*, 125, 168-174.
- Campling P. (1992). Working with adult survivors of child sexual abuse. *British Medical Journal*, 305, 1375-1376.
- Cahill, C., Llewelyn, S. P., & Pearson, C. (1991). Long-term effects of sexual abuse which occurred in childhood: a review. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 117-130.
- Caine, T. M., Foulds, G. A., & Hope, K. (1965). *Manual of Hostility and Direction of Hostility Questionnaire and Personality and Personal Illness Questionnaire*. London: London University Press.
- Ceci, S. J., & Bruck, M. (1993). The suggestibility of the child witness: A historical review and synthesis. *Psychological Bulletin*, 113, 403-440.
- Chew, J. (1997). *Women Survivors of Childhood Sexual Abuse*. New York: Hayworth Press.
- Chowdhury, N., Hicks, R. C., & Kreitman, N. (1973). Evaluation of an

- aftercare service for parasuicide patients. *Social Psychiatry*, 8, 67-81.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1988). Mood and the mundane: relations between daily life events and self reported mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(2), 296-308.
- Coll, X., Law, F., Tobias, A., & Hawton, K. (1998). Child sexual abuse in women who take overdoses. I. A study of prevalence and severity. *Archives of Suicide Research*, 4(4), 291-306.
- Coll, X., Law, F., Tobias, A., Hawton, K., & Tomàs, J. (2000). Relación entre abuso sexual en la infancia y sobreingesta medicamentosa en la edad adulta. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 2: 74-86.
- Coll, X., Law, F., Tobias, A., Hawton, K., & Tomàs, J. (2001). Abuse and deliberate self-poisoning in women: A matched case control study. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1291-1302.
- Crawford M. J., & Wessely S. (1998). Does initial management affect the rate of repetition of deliberate self-harm? Cohort Study. *British Medical Journal*, 317, 985-990.
- Crawford M. J., Turnbull, G., & Wessely S. (1998) Deliberate self harm assessment by accident and emergency staff: an intervention study. *Journal of Accident and Emergency Medicine*, 15, 18-22.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Department of Health (1995). *Child Protection: Messages from Research*. London: HMSO.
- Derogatis, L.R. (1983). *SLC-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual - II (revised)*. Towson: Clinical Psychometric Research, MD 21204.
- Diener, E., & Emmons, R.A. (1985). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(5), 1105-1117.
- Diener, E., & Iran-Nejad, A. (1986). The relationship in experience between various types of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 1031-1038.
- Dill, D. L., Chu, J. A., Grob, M. C., & Eisen, S. (1991). The reliability of abuse

- history reports: A comparison of two inquiry formats. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 166-169.
- Dorer, C. (1998). An evaluation of protocols for child and adolescent deliberate self-harm. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 3(4), 156-160.
- Draijer, N. (1985). De omvang van seksueel misbruik van kinderen in het gezin. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 40, 587-608.
- Dyer, J. A. T., & Krietman, N. (1984). Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. *British Journal of Psychiatry*, 144, 127-133.
- Eastwood, M. R., Henderson, A. S., & Montgomery, I. M. (1972). Personality and Parasuicide: Methodological problems. *Medical Journal of Australia*, 1, 170-175.
- Edmunds, G., & Kendrick, D. C. (1980). *The measurement of human aggressiveness*. Chichester: Ellis Horwood Ltd.
- Farmer, R., & Creed, F. (1986). Hostility and deliberate self poisoning. *British Journal of Medical Psychology*, 59, 311-316.
- Farmer, R. (1987). Hostility and deliberate self poisoning: the role of depression. *British Journal of Psychiatry*, 150, 609-614.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., & Horwood, L. J. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorders in young adulthood. Part I: The prevalence of sexual abuse and the factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1355-1364.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1997). Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviours and sexual revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 21, 789-803.
- Finch, A. J. Jr., Montgomery, L., & Deardorff, P. (1974). Reliability of state-trait anxiety with emotionally disturbed children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2, 67-69.
- Finkelhor, D. (1984). *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*. New York: Free Press.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual

- abuse: A conceptualisation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530-541.
- Finkelhor, D., Araji, S., Baron, L., Browne, A., Peters, S. D., & Wyatt, G. E. (1986). *A sourcebook on child sexual abuse*. London: SAGE Publications.
- Finkelhor, D., & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1408-1423.
- Fischer, D. G., & McDonald, W. L. (1998). Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 22(9), 915-929.
- Fleming, J., Mullen, P. E., Sibthorpe, B., & Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, 23(2), 145-159.
- Foulds, G. A., Caine, T. M., & Ceasy, M. A. (1960). Aspects of extra- and intro-punitive expression in mental illness. *Journal of Mental Science*, 106, 599-610.
- Freud, S. (1896). The aetiology of hysteria. A P. Gay (Ed.) *The Freud reader* (pp. 96-111). New York: W. W. Norton.
- Freud, S. (1893-1899). Further remarks on the neuro-psychoses of defence (1986). (I) "Specific" Aetiology of Hysteria. *A Early Psychoanalytic Publications*, 3, 163. Standard Edition 8.
- Fromuth, M.E. (1986). The relationship of childhood sexual abuse with later psychological and sexual adjustment in a sample of college women. *Child Abuse and Neglect*, 10, 599-610.
- Furman, B. (1998). *It's never too late to have a happy childhood. From adversity to resilience*. London: BT Press
- Garnezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Supplement 4, 213-233.
- Gayford, J. J. (1975). Wife battering: a preliminary survey of 100 cases. *British Medical Journal*, 1, 194-197.
- Gold, E. R. (1986). Long-term effects of sexual victimization in childhood: An attributional approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54,

- 471-475.
- Goldberg, G., & Williams, D. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson.
- Goldston, D. B., Sergent Daniel, S., Reboussin, B. A., Reboussin, D. M., Kelley, A. E., & Frazier, P. H. (1998). Psychiatric diagnosis of previous suicide attempters, first-time repeaters, and repeat attempters on an adolescent inpatient Psychiatry unit. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(9), 924-932.
- Goodstein, R. K., & Page, A. W. (1981). Battered wife syndrome: overview of dynamics and treatment. *American Journal of Psychiatry*, 138(8), 1036-1044.
- Goodwin, J. (1981). Suicide attempts in sexual abuse victims and their mothers. *Child Abuse and Neglect*, 5, 217-221.
- Goodyear-Smith, F. (1993). *First do no harm: The sexual abuse industry*. Auckland, NZ: Benton Guy Publishers.
- Green, A.H. (1978). Self-destructive behavior in battered children. *American Journal of Psychiatry*, 135(5), 579-582.
- Green, A.H. (1993). Child sexual abuse: Immediate and long-term effects and intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(5), 890-902.
- Gross, R. J., Doerr, H., Caldirola, D., Guzinski, G. M., & Ripley, H. S. (1981). Borderline syndrome and incest in chronic pelvic pain patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 10(1), 79-96.
- Guthrie, E., Kapur, N., Mackway-Jones, K., Chew-Graham, C., Moorey, J., Mendel, E., Marino-Francis, F., Sanderson, S., Turpin, C., Boddy, G., & Tomenson, B. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after self-poisoning. *British Medical Journal*, 323 (21 July), 135-137.
- Hamby, S. L., & Finkelhor, D. (2000). The Victimization of Children: Recommendations for Assessment and Instrument Development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39:7, 829-840.

- Hamilton, G. V. (1929). *A research in marriage*. New York: Albert & Charles Boni.
- Harvey, M. (1996). An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 3-23.
- Hassan, T. B., MacNamara, A. F., Davy, A., Bing, A., & Bodiwala, G. G. (1999). Managing patients with deliberate self harm who refuse treatment in the accident and emergency department. *British Medical Journal*, 319, 107-109.
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*, 178, 48-54.
- Hawton, K., Bancroft, J., Catalan, J., Kingston, B., Stedeford, A., & Welch, N. (1981). Domiciliary and outpatient treatment of self-poisoning patients by medical and non-medical staff. *Psychological Medicine*, 11, 169-177.
- Hawton, K., Cole, D., O'Grady, J., & Osborn, M. (1982). Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 141, 286-291.
- Hawton, K. (1987). Assessment of suicide risk. *British Journal of Psychiatry*, 150, 145-153.
- Hawton, K., & Catalan, J. (1987). *Attempted suicide: a practical guide to its nature and management* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Hawton, K., & Fagg, J. (1988). Suicide and other causes of death, following attempted suicide. *British Journal of Psychiatry*, 152, 359-366.
- Hawton, K., & Fagg, J. (1992) Trends in deliberate self-poisoning and self-injury in Oxford, 1976-1990. *British Medical Journal* 304, 1409-1411.
- Hawton, K. (1996). Deliberate self-harm. *Medicine*, 24:3, 77-80.
- Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S., Bale, E., & Bond, A. (1997). Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985-1995. *British Journal of Psychiatry*, 171, 556-560.
- Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R. Gunnell, D., Hazell, P., van Heeringen, K., House, A., Owens, D., Sakinofsky, I., & Träskman-Bendz, L. (1998). Deliberate self-harm:

- systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal* 317, 441-447.
- Hawton, K., Harriss, L., Appleby, L., Juszczak, E., Simkin, S., McDonnell, R., Amos, T., Kiernan, K., & Parrott, H. (2000). Effect of death of Diana, Princess of Wales on suicide and deliberate self-harm. *British Journal of Psychiatry*, 177, 463-466.
- Hawton, K. (2000). Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 177, 484-485.
- Herman, J. (1981). *Father daughter incest*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Herman, J. L., & Schatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanalytic Psychology*, 4, 1-14.
- Herrenkohl, E. C., Herrenkohl, R. C., & Egolf, B. (1994). Resilient early school-age children from maltreating homes: Outcomes in late adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 301-309.
- Hibbard, R. A., Ingersoll, G. M., & Orr, D. P. (1990). Behavioural risk, emotional risk, and child abuse among adolescents in nonclinical setting. *Pediatrics*, 86, 896-901.
- Hilton, M. R., & Mezey, G. C. (1996). Victims and perpetrators of child sexual abuse. *British Journal of Psychiatry*, 169, 408-415.
- Hjelmeland, H., & Polit, C. (1996). Repetition of parasuicide: A predictive study. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 26(4), 395-404.
- Hjelmeland, H., Bjerke, T., & Stiles, T. C. (1995). Parasuicid i Sor-Trondelag 1989-1992: kliniske og psykologiske karakteristika [Parasuicidi a Sor-Trondelag 1989-1992: característiques clíniques i psicològiques]. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 115(15), 1824-1828.
- Hjelmeland, H., & Bjerke, T. (1996). Parasuicide in the county of Sor-Trondelag, Norway. General Epidemiology and psychological factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31(5), 272-283.
- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (1999). Conceptual confusion about intentions and motives of nonfatal suicidal behaviour: A discussion of terms employed in the literature of suicidology. *Archives of Suicide*

- Research*, 5: 275-281.
- HMSO. (1991). *Standard Occupational Classification*, volume 3. London: HMSO.
- HMSO. (1992). *The Health of the Nation: A Strategy for Health in England*. (Cm 1986). London: HMSO.
- Horowitz, M. J. (1992). *Stress response syndromes*. New York, USA: Jason Aronson Inc.
- Inglés, A. (1991). *Els maltractaments infantils a Catalunya*. Barcelona: Departament de Benestar Social, Direcció General d'Atenció a la Infància, Generalitat de Catalunya.
- Isacsson, G., & Rich, C. L. (2001). Regular review: Management of patients who deliberately harm themselves. *British Medical Journal* 322, 213-215.
- James, D., & Hawton, K. (1985). Overdoses: Explanations and attitudes in self-poisoners and significant others. *British Journal of Psychiatry*, 146, 481-485.
- James, E. M., Reynolds, C. R., & Dunbar, J. (1994). Self-report instruments. A T. H. Ollendinck, N. J. King, i W. Yule (Eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 317-329). New York: Plenum Press.
- Jehu, D. (1988). *Beyond Sexual Abuse: Therapy with women who were childhood victims*. Chichester: Wiley.
- Jiménez, J., Moreno, C., Oliva, A., Palacios, J., & Saldaña, D. (1993). *El maltrato infantil en Andalucía*. Sevilla: Departamento de Psicología Evolutiva de la Universidad de Sevilla.
- Jones, D. (1997). Assessment issues and long-term effects of childhood abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 21(10), 989-991.
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., & Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1214-1222.
- Katschnig, H. (1986). Measuring life stress: a comparison of the checklist and the panel technique. A H. Katschnig (Ed.) *Life Events and Psychiatric*

- Disorders: Controversial Issues*, planes 74-106. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kaufman, J., & Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(2), 186-192.
- Kelley, K., Byrne, D., Przybla, D. P., Eberly, C., Eberly, B., Grendlinger, V., Wan, C. K., & Gorsky, J. (1985). Chronic self-destructiveness: Conceptualization, measurement, and initial validation of a construct. *Motivation and Emotion*, 9, 135-151.
- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1962). The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181, 17-24.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Khamis, V. (2000). Child psychological maltreatment in Palestinian families. *Child Abuse & Neglect*, 24(8), 1047-1059.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behaviour in the human male*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhardt, P. H. (1953). *Sexual behaviour in the human female*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Kovacs, M., Beck, A. T., & Weissman, A. (1975). The use of suicidal motives in the psychotherapy of attempted suicides. *American Journal of Psychotherapy*, 29(3), 363-368.
- Kreitman, N., Philip, A. E., Greer, S., & Bagley, C. R. (1969). Parasuicide. *British Journal of Psychiatry*, 115, 746-747.
- Kreitman, N., & Casey, P. (1988). Repetition of parasuicide: An epidemiological and clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 153, 792-800.
- Kreitman, N., & Foster, J. (1991). The construction and selection of predictive scales, with special reference to parasuicide. *British Journal of Psychiatry*, 159, 185-192.
- Krugman, R. D. (1994). Política sexual y protección de menores no se

- mezclan. *Pediatrics* (Edición Española), 38(1), 1.
- Kurz, A., Moller, H. J., Baid, L. G., Burk, F., Torhorst, A., Wachtler, C., & Lauter, H. (1987). Classification of parasuicide by cluster analysis. Types of suicidal behaviour, therapeutic and prognostic implications. *British Journal of Psychiatry*, 150, 520-525.
- Landis, C., Landis, A. T., Bolles, M., Metzger, H. F., Pitts, M. W., D'Esopo, D. A., Moloy, H. C., Kleegman, S. J., & Dickenson, R. L. (1940). *Sex in development*. New York: Paul B. Hoeber.
- Lascaratos, J., & Poulakou-Rebelakou, E. (2000). Child Sexual Abuse: Historical cases in the Byzantine Empire (324-1453 A.D.). *Child Abuse & Neglect*, 24:8, 1085-1090.
- Law, F., Coll, X., Tobías, A., & Hawton, K. (1998). Child sexual abuse in women who take overdoses. II. Risk factors and associations. *Archives of Suicide Research*, 4(4), 307-327.
- Leenaars, A. A., De Leo, D., Diekstra, R. F. W., Goldney, R. D., Kelleher, M. J., Lester, D., & Nordstrom, P. (1997). Consultations for research in suicidology. *Archives of Suicide Research*, 3, 139-151.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional Locus of Control in Psychiatric Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(3), 397-404.
- Levenson, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others and chance. A. H. M. Lefcourt (Ed.) *Research with the Locus of Control construct, vol. 1 (assessment methods)*. London: Academic Press.
- Liem, J. H., O'Toole, J., & James, J. (1996). Themes of power and betrayal in sexual abuse survivors' characterizations of interpersonal relationships. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 745-761.
- Liem, J. H., James, J. B., O'Toole, J. G., & Boudewyn, A. C. (1997). Assessing resilience in adults with histories of childhood sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(4), 594-606.
- Linehan, M. M. (1997). Behavioural treatments of suicidal behaviours. Definitional obfuscation and treatment outcomes. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836, 302-328.
- Lorenz, W. (1992). Attempted suicide as powerlessness: Perceptions of

- conflict and deprivation. A. P. Crepet, G. Ferrari, S. Platt, M. Bellini (Eds.) *Suicidal behaviour in Europe: recent research findings*. London: John Libbey.
- Lorr, M., & McNair, D. M. (1984). *Profile of Mood States: Bipolar Form (POMS-BI)*. San Diego, California: Educational and Industry Testing Service.
- Low, G., Jones, D., MacLeod, A., Power, M., & Duggan, C. (2000). Childhood trauma, dissociation and self-harming behaviour: A pilot study. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 269-278.
- Lynch, M. A., Glaser, D., Prior, V., & Inwood, V. (1999). Following children who have been abused: Ethical considerations for research design. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 4(2), 68-75.
- McGain, B., & McKinzey, R. K. (1995). The efficacy of group treatment in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 19, 1157-1169.
- Maideu Puig, E. (1999). Abuso sexual en el niño y en el adolescente "sex offender". A Josep Tomàs (Ed.) *Trastornos por abuso sexual en la infancia y la adolescencia. Valor educativo del juego y del deporte. Cuadernos de Paidopsiquiatria – VI*. Barcelona: Laertes.
- Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., Mullen, P. E., & O'Shea, M. (1993). Asking about child sexual abuse: Methodological implications of a two stage survey. *Child Abuse & Neglect*, 17, 383-392.
- Martin, G. (1996) Reported family dynamics, sexual abuse, and suicidal behaviors in community adolescents. *Archives of Suicide Research*, 2, 183-195.
- Michel, K., Valach, L., & Waeber, V. (1994). Understanding deliberate self-harm: The patients' views. *Crisis*, 15(4), 172-178.
- Mina, E. E. S., & Gallop, R. M. (1998). Childhood sexual and physical abuse, and adult self-harm and suicidal behaviour: A literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 793-800.
- Molnar, B. E., Shade, S. B., Kral, A. H., Booth, R. E., & Watters, J. K. (1998). Suicidal behaviour and sexual and physical abuse among street youth. *Child Abuse & Neglect*, 22(3), 213-222.
- Moncrieff, J., Drummond, D. C., Candy, B., Checinsky, K., & Farmer, R.

- (1996). Sexual abuse in people with alcohol problems. A study of the prevalence of sexual abuse and its relationship to drinking behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 169, 355-360.
- Moran, P. B., & Eckenrode, J. (1992). Protective personality characteristics among adolescent victims of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 16, 743-754.
- Morgan, H. G., Barton, J., Pottle, S., Pocock, H., & Burns-Cox, C. (1976). Deliberate self-harm: a follow-up study of 279 patients. *British Journal of Psychiatry*, 128, 361-368.
- Morton, N., & Browne, K. D. (1998). Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: A review. *Child Abuse & Neglect*, 22(11), 1093-1104.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1993). Child sexual abuse and mental health in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 163, 721-732.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1994). The effect of child sexual abuse on social, interpersonal, and sexual function in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 165, 35-47.
- O'Carroll, P. W., Berman, A., Maris, R., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252.
- Öjehagen, A., Regnéll, G., & Träskman-Bendz, L. (1991). Deliberate self-poisoning: Repeaters and nonrepeaters admitted to an intensive care unit. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 266-271.
- Oppenheimer, R., Howells, K., Palmer, R. L., & Chaloner, D. A. (1985). Adverse sexual experiences in childhood and clinical eating disorder: A preliminary description. *Journal of Psychiatric Research*, 9, 357-361.
- Pallis, D. J., Langley, A. M., & Birtchnell, J. (1975). Excessive use of the psychiatric services by suicidal patients. *British Medical Journal*, iii, 216-218.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.

- Parker, G. (1983). Parental "affectionless control" as antecedent to adult depression. A risk factor delineated. *Archives of General Psychiatry*, 40, 957-960.
- Parker, G. B., Barrett, E. A., & Hickie, I. B. (1992). From nurture to network: examining links between perceptions of parenting received in childhood and social bonds in adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 149, 877-885.
- Patton, G. C. (2001). Another kind of talk that works?. Commentary on Randomised controlled trial of brief psychological intervention after self-poisoning. *British Medical Journal*, 323 (21 July), 138.
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Dineen, M. N., Klerman, G. L., Lindenthal, J. J., & Pepper, M. P. (1969). Life events and depression: a controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 21, 753-760.
- Paykel, E. S., Prusoff, B. A., & Myers, J. K. (1975). Suicide attempts and recent life events: a controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, 32, 327-333.
- Peters, D. K., & Range, L. M. (1995). Childhood sexual abuse and current suicidality in college women and men. *Child Abuse & Neglect*, 19, 335-341.
- Peters, S. D. (1984). The relationship between childhood sexual victimisation and adult depression amongst Afro-American and White women. Disertacio de la Tesi Doctoral no publicada. Los Angeles: Universitat de California.
- Peters, S. D., Wyatt, G. E., & Finkelhor, D. (1986). Prevalence. A D. Finkelhor, S. Araji, L. Baron, A. Browne, S.D. Peters, G.E. Wyatt, G. (Eds.) *A sourcebook on child sexual abuse*, planes 15-59. Beverly Hills, CA i Londres: SAGE Publications.
- Peters, S. D. (1988). Child sexual assault and later psychological problems. A G. E. Wyatt, & G. J. Powell (Eds.), *Lasting effects of child sexual assault* (planes 101-118). Newbury Park, CA: Sage.
- Peterson, R. A., & Reiss, S. (1993). *Anxiety Sensitivity Index, Revised Test Manual (Second Edition)*. Worthington, Ohio: IDS Publishing Corporation.

- Petrie, K., Chamberlain, K., & Clarke, D. (1988). Psychological predictors of future suicidal behaviour in hospitalized suicide attempters. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 247-257.
- Pfaff, J. J., Acres, J., & Wilson, M. (1999). The role of general practitioners in parasuicide: A Western Australia perspective. *Archives of Suicide Research*, 5, 207-214.
- Pfeffer, C. R. (1986). *The suicidal child*. New York: Guildford.
- Pfeffer, C. R. (1997). Childhood suicidal behaviour. A developmental perspective. *The Psychiatric Clinics of North America*, 20(3), 551-562.
- Pfeffer, C. R., Klerman, G. L., Hurt, S. W., Kakuma, T., Peskin, J. R., & Siefker, C. A. (1993). Suicidal children grow up: rates and psychological risk factors for suicide attempts during follow up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(1), 106-113.
- Philip, A. E. (1970). Traits, attitudes and symptoms in a group of attempted suicides. *British Journal of Psychiatry*, 116, 475-482.
- Philip, A. E. (1977). Psychological Studies. A. N. Kreitman (Ed.) *Parasuicide*, pages 83-84. London: Wiley.
- Pilowsky, I., & Spence, N. D. (1983). *Manual for the Illness Behaviour Questionnaire* (IBQ, Second Edition). Ohio: IDS Publishing Corporation.
- Platt, S., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., Schmidtke, A., Bjerke, T., Crepet, P., De Leo, D., Haring, C., Lönnqvist, J., Michel, K., Phillippe, A., Pommereau, X., Querejeta, I., Salander-Renberg, E., Temesváry, B., Wasserman, D., & Sampaio Faria, J. (1992). Parasuicide in Europe: The WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 97-104.
- Qin, P., Agerbo, E., Westergaard-Nielsen, N., Eriksson, T., & Mortensen, P. B. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *British Journal of Psychiatry*, 177, 546-550.
- Read, J., & Fraser, A. (1998). Abuse histories of Psychiatric inpatients: To ask or not to ask? *Psychiatric Services*, 49(3), 355-359.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour*,

- Research and Therapy*, 24(1), 1-8.
- Roberts, J., & Hawton, K. (1980). Child abuse and attempted suicide. *British Journal of Psychiatry*, 137, 319-323.
- Robson, P. (1989). Development of a new self-report questionnaire to measure self-esteem. *Psychological Medicine*, 19, 513-518.
- Romans, S. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., & Herbison, G. P. (1995). Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1336-1342.
- Rosen, L. N., & Martin, L. (1998). Long-term effects of childhood maltreatment history on gender-related personality characteristics. *Child Abuse & Neglect*, 22(3), 197-211.
- Rosenfield, A. A. (1979). Incidence of a history of incest among 18 female psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 136, 791-795.
- Russell, D. E. H. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse & Neglect*, 7, 133-146.
- Rust, J., & Golombok, S. (1986). *The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction* (manual). Windsor: NFER-NELSON Publishers Co. Limited.
- Rutter, M., & Quilton, D. (1984). Long term follow-up of women institutionalised in childhood: Factors promoting good functioning in adult life. *British Journal of Developmental Psychology*, 2,
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. A J. Rolf, A. S. Marten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, i S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). New York: Cambridge University Press.
- Rygnestad, T. (1988). A prospective 5-year follow-up study of self-poisoned patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 328-331.

- Sakinofsky, I., Streiner, D. L., & Ligate, L. (1979). Suicide attempters one year later: the impact of changing life situations and systems of care. *Proceedings of the 10th International Congress for Suicide Prevention*, Ottawa, Canada, Vol. 2.
- Sakinofsky, I., Roberts, R., Brown, Y., Cuning, C., & James, P. (1990). Proper resolution and repetition of parasuicide: a prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 156, 395-399.
- Salter, A.C. (1988). *Treating Child Sex Offenders and Victims*. London: Sage Publications
- Santa Mina, E. E., & Gallop, R. M. (1998). Childhood Sexual and Physical Abuse and Adult Self-Harm and Suicidal Behaviour: A Literature Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 793-800.
- Schein, M., Biderman, A., Baras, M., Bennett, L., Bisharat, B., Borkan, J., Fogelman, Y., Gordon, L., Steinmetz, D., & Kitai, E. (2000). The prevalence of a history of child sexual abuse among adults visiting family practitioners in Israel. *Child Abuse & Neglect*, 24(5), 667-675.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepet, P., Haring, C., Hawton, K., Lonqvist, J., Michel, K., Pommereau, X., Querejeta, I., Phillipe, I., Salander-Renberg, E., Temesvary, B., Wasseman, D., Fricke, S., Weinacker, B., & Sampaio-Faria, J. G. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 327-338.
- Seabourne, A., & Seabourne, G. (2001). Suicide or accident – self-killing in medieval England. Series of 198 cases from the Eyre records. *British Journal of Psychiatry*, 178, 42-47.
- Shaffer, D., & Pfeffer, C. R. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behaviour. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (7 Supplement), 24S-51S.
- Shaw, J. A. (1999). AACAP Official Action: Practice parameters for the

- assessment and treatment of children and adolescents who are sexually abusive of others. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (12 Supplement), 55S-76S.
- Shedler, J., Mayman, M., & Manis, M. (1993). The illusion of mental health. *American Psychologist*, 48, 1117-1131.
- Sheinberg, M., & Fraenkel, P. (2000). The relational trauma of incest. A family-based approach to treatment. London: Guildford Press.
- Shneidman, E. (1985). *Definitions of suicide*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Sicher, P., Lewis, O., Sargent, J., Chaffin, M., Friedrich, W. N., Cunningham, N., Thomas, R., Thomas, P., & Villani, V. S. (2000). Developing child abuse prevention, identification, and treatment systems in Eastern Europe. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(5), 660-667.
- Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., & Giaconia, R. M. (1996). The long term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect*, 20, 709-723.
- Singh Narang, D., & Contreras, J. M. (2000). Dissociation as a mediator between child abuse history and adult abuse potential. *Child Abuse & Neglect*, 24(5), 653-665.
- Sirles, E. A., Smith, J. A., & Kusama, H. (1989). Psychiatric status of intrafamilial child sexual abuse victims. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 225-229.
- Skuse, D., Bentovim, A., Hodges, J., Stevenson, J., Andreou, C., Lanyado, M., New, M., Williams, B., & McMillan, D. (1998). Risk factors for development of sexually abusive behaviour in sexually victimised adolescent boys: cross sectional study. *British Medical Journal*, 317, 175-179.
- Slinn, R., King, A., & Evans, J. (2001). A national survey of the hospital services for the management of adult deliberate self-harm. *Psychiatric Bulletin*, 25, 53-55.
- Smith, D., Pearce, L., Pringle, M., & Caplan, R. (1995). Adults with a history of child sexual abuse: Evaluation of a pilot therapy service. *British Medical*

- Journal*, 310, 1175-8.
- Snell, W. E., & Papini, D. R. (1989). The Sexuality Scale: an instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *The Journal of Sex Research*, 26(2), 256-263.
- Snell, W. E., Fisher, T. D., & Schuh, T. (1992). Reliability and validity of the sexuality scale: a measure of sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *The Journal of Sex Research*, 29(2), 261-273.
- Spielberger, C. D., Johnson E. H., Russell, S. F., Crane, R. J., Jacobs, G. A., & Worden, T. I. (1985). The experience and expression of anger: construction and validation of an anger expression scale. A M.A. Chesney i R.H. Rosenman (Eds.) *Anger and Hostility in Cardiovascular and Behavioural Disorders*. Washington: Hemisphere Publishers Corporation.
- Spielberger, C. D. (1991). *State Trait Anger Expression Inventory - revised research edition, professional manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources Inc.
- Stengel, E., Cook, N., & Kreeger, I. S. (1958). *Attempted Suicide: its social Significance and Effects (Maudsley Monograph No 4)*. London: Chapman & Hall.
- Stengel, E. (1960). The complexity of motivations to suicidal attempts. *Journal of Mental Science*, 106(445), 1388-1393.
- StataCorp. (1997). *Stata Statistical Software: Release 5.0. College Station*. TX: Stata Corporation.
- Styron, T., & Janoff-Bulman, R. (1997). Childhood attachment and abuse: Long-term effects on adult attachment, depression, and conflict resolution. *Child Abuse & Neglect*, 21, 1015-1023.
- Susser, M. (1973). *Causal thinking in the health sciences: Concepts and strategies of epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Taylor, C. J., Ryan, D., & Bagby, R. M. (1985). Towards the development of a new self report Alexithymia Scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191-199.
- Taylor, C. J., Kent, G. G., & Huws, R. W. (1994). A comparison of the backgrounds of first time and repeated overdose patients. *Journal of*

- Accident and Emergency Medicine*, 11, 238-242.
- Templar, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of General Psychology*, 82, 165-177.
- Tennant, C., & Andrews, G. (1976). A scale to measure the stress of life events. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 10, 27-32.
- Tennant, C., & Andrews, G. (1977). A scale to measure the cause of life events. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 11, 163-167.
- Tellegen, A. (1985). Structures of Mood and Personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. A. H. Tuma i J. Maser (Eds.) *Anxiety and the Anxiety Disorders*. London: Erlbaum Associates Publishers.
- Trevarthen, C. (1982). The primary motives for cooperative understanding. A. G. Butterworth i P. Light (Eds.), *Social cognition: Studies of the development of understanding* (pp. 77-109). Brighton: Harvester Press.
- Turell, S. C., & Armsworth, M. W. (2000). Differentiating incest survivors who self-mutilate. *Child Abuse & Neglect*, 24(2), 237-249.
- UNICEF (1996). The progress of nations. New York: UNICEF.
- van Egmond, M., & Diekstra, R. F. W. (1985). De voorspelbaarheid van suicidale gedragingen: de resultaten van een meta-analyse van gepubliceerde studies. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27(6), 401-421.
- van Egmond, M., & Jonker, D. (1988). Seksueel misbruik en lichamelijke mishandeling: risicofactoren voor (recidiverend) suicidaal gedrag bij vrouwen?. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 30, 21-38.
- van Egmond, M., van Garnefski, N., Jonker, D. J. L., & Kerkhof, A. (1993). The relationship between sexual abuse and female suicidal behaviour. *Crisis*, 14, 129-139.
- van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665-1671.
- Verduyn, C., & Calam, R. (1999). Cognitive behavioural interventions with maltreated children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 23(2), 197-207.
- Vinoda, K. S. (1966). Personality characteristics of attempted suicide. *British*

- Journal of Psychiatry*, 112, 1143-1150.
- Viñas, M. (1997). *Años de silencio*. Primer premio Sanitario del Concurso Joan Tur. Barcelona: Ciutat Sanitaria de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat.
- Vize, C. M., & Cooper, P. J. (1995). Sexual abuse in patients with eating disorder, patients with depression, and normal controls. *British Journal of Psychiatry*, 167, 80-85.
- Vogeltanz, N. D., Wilsnack, S. C., Harris, T. R., Wilsnack, R. W., Wonderlich, S. A., & Kristjanson, A. F. (1999). Prevalence and risk factors for childhood sexual abuse in women: National survey findings. *Child Abuse & Neglect*, 23(6), 579-592.
- Walker, L. (1978). Battered women and learned helplessness. *Victimology*, 4, 525-534.
- Walker, E. A., Katon, W. J., Neraas, K., Jemelka, R. P., & Massoth, D. (1992). Dissociation in women with chronic pelvic pain, *British Journal of Psychiatry*, 149(4), 534-537.
- Warr, P., Barter, J., & Brownbridge, G. (1983). On the Independence of Positive and Negative Affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(3), 644-651.
- Watson, D. (1988). The vicissitudes of mood measurement: effects of varying descriptors, time frames, and response formats on measures of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(1), 128-141.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative Affectivity: The Disposition to Experience Aversive Emotional States. *Psychological Bulletin*, 96(3), 465-490.
- Watson, R. (2000). EU aims to reduce suicides. *British Medical Journal*, 321(7 October), 852.
- Wellman, M. M. (1993). Child sexual abuse and gender differences: Attitudes and prevalence. *Child Abuse & Neglect*, 17, 539-547.
- Werner, E., & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible*. New York: McGrawHill.
- Whyte, S., & Blewett, A. (2001). Deliberate self-harm. The impact of a

- specialist DSH assessment team on assessment quality. *Psychiatric Bulletin*, 25(3), 98-100.
- WHO. (1992). *Health-for all targets. The health policy for Europe*. Summary of the updated edition, September 1991. Copenhagen: World Health Organisation. EUR/HSC 013, 1992.
- Wichstrøm, L. (2000). Predictors of adolescent suicide attempts: A nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(5), 603-610.
- Wieland, S. (1997). *Hearing the internal trauma: Working with children and adolescents who have been sexually abused*. Londres: SAGE Publications.
- Wilde E. J. de, Kienhorst I. C. W. M., Diekstra R. F. W., & Wolters W. H. G. (1992). The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 149, 45-51.
- Williams R, & Morgan H. G. (1994). *Suicide prevention the challenge confronted: A manual of guidance for the purchasers and providers of mental health care* (NHS health advisory service thematic review). London: HMSO.
- Wilkinson, G., & Smeeton, N. (1987). The repetition of parasuicide in Edinburgh 1980-1981. *Social Psychiatry*, 22, 14-19.
- Wonderlich, S. A., Brewerton, T. D., Jolic, Z., Dansky, B. S., & Abbott, D. W. (1997). Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1107-1115.
- Wyatt, G. E. (1985). The sexual abuse of Afro-American and white American women in childhood. *Child Abuse and Neglect*, 9, 507-519.
- Wyatt, G. E., & Peters, S. D. (1986). Methodological considerations in research on the prevalence of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 10, 241-251.
- Yellowlees P. M., & Kaushik A. V. (1994). A case-control study of the

- sequelae of childhood sexual assault in adult psychiatric patients. *Medical Journal of Australia*, 160, 408-411.
- Yeo, H. M., & Yeo, W. (1993). Repeat deliberate self-harm: A link with childhood sexual abuse? *Archives of Emergency Medicine*, 10, 161-166.
- Young, M. de (1982). Self-injurious behaviour in incest victims: A research note. *Child Welfare*, 61(8), 577-584.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., & Schwartz, E. O. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 18-25.
- Zeitlin, S. B., McNally, R. J., & Cassidy, K. L. (1993). Alexythimia in victims of sexual assault: an effect of repeated traumatisation. *American Journal of Psychiatry*, 150(4), 661-663.
- Zweig-Frank, H., Paris, J., & Guzder, J. (1994). Psychological risk factors for dissociation and self-mutilation in female patients with borderline personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 259-264.