

Departament de Psiquiatria i Medicina Legal
Facultat de Medicina
Universitat Autònoma de Barcelona

**La Relació entre Abús a l'infantesa i Comportaments
Parasuïcides**

Xavier Coll i Corominas



Tesi doctoral

UAB, Octubre del 2001



Universitat Autònoma de Barcelona

Per contactar amb l'autor:

Treball:

Bethel Child and Family Centre

Mary Chapman House

Hotblack Road

Norwich, NR2 4HN

Anglaterra

Tel: #44 1603 421 993

Fax: #44 1603 421 990

Email: xavier.coll@norfmhc-tr.anglox.nhs.uk



Universitat Autònoma de Barcelona

Departament de Psiquiatria i de Medicina Legal

El abajo firmante Dr. JOSEP TOMÁS I VILALTELLA colegiado núm. 4201 Jefe de la Unidad de Psiquiatria Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Materno-Infantil Vall d'Hebrón, Profesor de Psiquiatria del Departamento de Psiquiatria y Medicina Legal de la Universidad Autònoma de Barcelona.

CERTIFICA QUE:

El trabajo titulado "La relación entre abuso sexual en la infancia y comportamientos parasuicidas" presentado por D. XAVIER COLL COROMINAS para optar al grado de Doctor en Medicina ha sido realizado bajo mi dirección y cumple todos los requisitos para ser defendido públicamente.

Para que conste firmo la presente certificación en Barcelona a veinte de julio de 2001

Dr. Josep Tomàs i Vilaltella


Hospital Materno-Infantil
Vall d'Hebrón
Servicio de Psiquiatria
Tel. 489 31 00, ext. 3045 i 3149



ÍNDEX

I	Agraïments	
II	Pròleg	
III	Introducció	
	a) Una perspectiva històrica	1
	b) Tipus i Formes de maltractament	8
	c) Prevalència del maltractament i abús infantil	11
	d) Conseqüències de les experiències abús i maltractaments	18
	e) Els conceptes del Parasuïcidi	23
	f) La relació de l'abús amb els comportaments parasuïcides	27
	g) Parant atenció a la repetició	33
	h) La importància de la impotència	41
	i) Efectes específics de l'abús	56
	j) Investigant l'ambient familiar	60
IV	Articles originals	
V	Objectius	
VI	Mètodes	
VII	Resultats	
	a) Generalitats	1
	b) Prevalència d'abús sexual, físic i psicològic	3
	c) Repetició de Sobredosis Medicamentoses i Conductes Autolesives	6
	d) Gravetat de les Experiències d'Abús Sexual, Psicològic i Maltractaments Físics	10
	e) Cas-Control	21
	f) Investigant l'Ambient Familiar	25
	g) La importància de la impotència	27
	h) Efectes específics de l'abús	29
VIII	Resum	

IX	Discussió	
	a) General	1
	b) Cas-Control	10
	c) Reduir la freqüència dels episodis suïcides i parasuïcides	12
	d) Repetició dels Episodis Parasuïcides	13
	e) L'ambient familiar	15
	f) La importància de l'impotència	16
	g) Efectes específics de l'abús	17
	h) Cicles d'abús	18
	i) Contenint lo inconcebible	21
	j) Algorisme per el tractament dels nens o joves que han estat abusats sexualment	30
X	Conclusions	
	a) General	1
	0 Prevalència	2
	a) Suïcidi, Sexe i Abús Sexual	
	4	
	1 Context Social del problema	5
	2 Efectes de l'abús en els nens	5
	0 Efectes de l'abús en els adults	6
	a) Comportaments Parasuïcides i la seva repetició	
	7	
	3 Metodologia	10
	4 Cicles de l'abús: Víctimes i Autors	
	14	
	0 Estudis de Salutogènesis	17
	5 Teràpia i Memòria	27
	a) Implicacions d'aquest estudi per a la Pràctica Clínica	27
	b) Implicacions d'aquest estudi per a la Recerca	28
	6 Noves Fronteres i Direccions	29
XI	Bibliografia	
	Apèndix I: Qüestionaris	
	Apèndix II: Definicions	

AGRAÏMENTS

Estic agraït al meu company i col·lega Dr. *Fergus Law*, amb qui vaig desenvolupar la idea original d'aquest projecte quan plegats vàrem començar la residència de Bath, Anglaterra, i amb qui he compartit angoixes i alegries de presentacions i pòsters a Conferències, submissions a revistes, i els primers anys de formació com a Psiquiatres. Allà, a l'Hospital Royal United, recordo a la Cap d'Infermeria Drewett i a l'equip de la Unitat de Farmacologia Clínica que ens varen oferir tota mena de facilitats, als Adjunts de Psiquiatria d'Adults per la seva cooperació, especialment al Dr. *Matt Jelley* per els seus ànims (i per ensenyar-me la lletra de la Blueberry Hill d'en Fatts Domino, tornant d'una Conferència en Parasuïcidi allà per mitjans del 1992), als altres residents per la seva constància en completar el diagnosi psiquiàtric de cada pacient que s'havia pres una sobredosi medicamentosa, i a tots els revisors, als que estem agraïts per les seves observacions, crítiques i consells, que recomenaren la publicació dels diferents articles que aquesta tesi engloba, a revistes internacionals amb un procés estricte de selecció.

A l'*Aureli Tobías*, a qui vaig conèixer a la Universitat de Southampton durant un estiu del 96 ple de partits de bàsquet, vespres a pubs, pintes de Guinness, i excursions al New Forest amb un MG descapotable groc. Més endavant, l'Aureli va esdevenir part instrumental en prendre part activa en la anàlisi estadística de les dades.

Agraïments al *Professor Keith Hawton* del Departament de Psiquiatria de la Universitat d'Oxford per obrir-me la porta i donar-me un toc quan la cosa no es movia.

Al Dr. *Josep Tomàs i Vilaltella*, mestre, col·lega i amic (a més a més de Director d'aquesta tesi!) i al *Professor Costa Molinari*, per el seu suport, des dels dies de l'Hospital del Mar, quan a l'estiu del 87 vaig passar unes setmanes gaudint dels primers contactes amb la Psiquiatria, amb la Dra. *Carme Hernández*, una clínica i persona excepcional.

Aquest treball ha vist a l'autor treballant en un seguit de llocs, com a Resident, Investigador, Adjunt, o Cap de Servei. Vull fer justícia en mencionar-los per el seu suport i comprensió: *Bath Mental Health NHS Trust, North Devon District Hospital, Oxford University Hospitals, Southampton Community NHS Trust and University Hospitals, Portsmouth Healthcare NHS Trust, Norfolk Mental Health Care NHS Trust*, i, durant unes sis setmanes amb un portàtil a un paradís subtropical, al *Bermuda Hospitals Board*.

A nivell personal aquesta secció hauria estat molt econòmica amb la realitat si no mencionés al Dr. *Ishar Dalmau i Santamaría*, amb qui, com ell va dir a la seva tesi, n'hem passat de tots colors i, com jo vull dir a la meua, em crescut com a persones; i a la lletrada *Anna Jacoba Sieira*, amb qui m'uneix una amistat de ja 19 anys, que aquest esforç també sigui un homenatge a la memòria del teu pare, metge i psiquiatra.

A la *Katrina Hays*, amiga, dona, amant i mare excepcional del meu fill *Xènius*, per la seva paciència, amor, recolzament; i per ajudar-me a ser un millor pare. A en Xènius, que cada dia em dona forces amb el seu

somriure, amb la seva passió per aprendre com funciona aquest món, i amb la innocència i saviduria de qui viu cada instant com si fos el seu darrer.

Als meus avis *Carles i Pura*, i als meus pares, *Joan i Carme*, per donar-me la vida i fer-me sentir estimat, per recollir-me quan he caigut, i esperar el meu retorn, sabeu que sempre viatjareu amb mi.

Finalment estic particularment endeutat amb les dones que varen participar en aquest estudi, per la seva paciència, col·laboració i franquesa.

Xavier Coll i Corominas

PRÒLEG

La Universitat Autònoma de Barcelona fou creada pel Decret-Llei del 6 de Juny de 1968, tres anys després del meu naixement, juntament amb les de Madrid i Bilbao. La Facultat de Medicina ho fou el 27 de Juliol del mateix any (Decret Llei 1774/1968).

La Facultat de Medicina té unes característiques peculiars, que la diferencien de les altres Facultats de la Universitat Autònoma de Barcelona. Arrel de la manca d'Hospital clínic propi, i per a fer front a les necessitats docents en els cursos clínics, la Facultat està repartida en diferents Hospitals. En el període 1984-1990 aquests Hospitals eren l'Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau, Hospital de la Vall d'Hebron de la Seguretat Social, i Hospital de Nostra Senyora del Mar, a més a més de les instal·lacions de Bellaterra, a on s'impartia la docència de primer, segon, i tercer curs.

A cadascun d'aquests Hospitals, que rebien el nom d'Unitats Docents, es donaven els cursos de tercer a sisè, i en el cas de l'Hospital de Sant Pau també segon. La meua Unitat Docent va ser l'Hospital Municipal de Nostra Senyora del Mar.

El quatre de Juliol del 1990 un metge Gironí recent llicenciat va deixar la seva terra, va agafar un autobús a Girona. Amb munt de maletes, i tot ple d'il·lusió, pors, dubtes, i esperances, va marxar cap a terres anglosaxones. Començaments durs aprenent una nova llengua, que al cap de sis mesos varen donar el fruit del començament d'una Residència de Psiquiatria a Anglaterra. La ciutat escollida va ser Bath, ciutat romana beneïda per una arquitectura Georgiana que treu l'alè alhora al visitant i al resident habitual. La residència de Psiquiatria va començar el Novembre de 1990. Ben aviat m'en vaig adonar que una de les tasques que més m'interessava (i que més estona m'ocupava!) era la valoració psiquiàtrica posterior a un intent parasuïcida. L'Hospital Royal United de Bath compta amb una unitat amb la funció d'admetre a pacients després de que s'hagin pres una sobredosi de medicaments. Va ser allà, després de xerrades amb infermeres i pacients,

durant els caps de setmana de guàrdia en aquells primers anys de residència, que les llavors que donaren fruit a aquesta tesi varen trobar la terra adobada de la meva curiositat.

Un dels aspectes que em va cridar més l'atenció va ser la que en aquells moments em semblava sorprenent repetició d'històries d'abús i maltractaments en aquelles pacients que veiem després d'una sobredosi de medicaments. El dolor que sentien aquestes dones es reflexa tant en un poema que una d'elles va escriure mentre estava ingressada en aquesta sala, i que va deixar en un sobre per a mi en estar donada d'alta, com en un escrit en prosa, en el que una dona recorda les experiències que va patir. No els traduiré per fer justícia als escrits originals:

The Mask

*Don't be fooled by me,
Don't be fooled by the face I wear,
for I wear a thousand masks
that I am afraid to take off
... and none of them is me.*

*Pretending is an art
... that is second nature to me,
for God's sake don't be fooled.
I give the impression that I am secure.
That all is sunny and unruffled
that confidence is my name and coolness is my game,
that the water is calm, and I am in command,
that I need noone,
but don't believe me, please.*

*My surface may seem smooth, but my surface is a mask.
Beneath this lies the real me in confusion,
in fear, and aloness.
But I hide this, don't want anyone to know it.
I panic at the thought of my weakness and the fear of being exposed.
That is why I frantically create a mask to hide behind...
a nonchalant, sophisticated facade to help me pretend,
to shield me from the glance that knows.
But... such a glance is precisely my salvation,
my only salvation, and I know it!*

*I don't dare tell you this, don't dare. I am afraid to.
I am afraid that your glance will no longer be followed by acceptance,*

*I am afraid that you will think less of me.
I am afraid that deep down I am nothing,
that I am no good,
and that you will see this and reject me.*

*So, I play my game,
my desperate game,
with a facade of assurance without
and a trembling child within.
And so begins the parade of masks,
and my life becomes a front.
I idly chatter to you in the suave tones of surface talk.
I tell you of everything that is really nothing... and
... nothing of what is really everything,
of what is crying within me.*

*Each time you try to understand because you really care,
my heart begins to grow wings,
very small wings, very feeble wings,
but wings.
A long conviction of worthlessness and guilt builds strong walls.
The closer you come to the truth, the more blindly I strike back.
I fight the very thing I cry out for.
Please try hard to beat down these walls with firm hands,
but with gentle hands,
for I am very sensitive.
Who am I?, You may wonder...
I am someone you know very well.
I am the man you re-admitted yesterday.
I am that lady you will discharge again tomorrow.
I am every woman who keeps coming back to this ward.*

(Anònim, 1995)

Años de Silencio

“...Tenía yo siete años de edad. A él, le encantaba bañarme. Sus manos grasientas, sebosas y viscosas, me acariciaban la espalda y me enjabonaban posesivas. Profanaba mi cuerpo desnudo e inmaculado, recreándose en cada una de sus partes, todavía tiernas e inmaduras. Ojos de mirada diabólica y obsesiva, llenos hasta rebosar de malicia. Sonrisa hipócrita y maliciosa, que dejaba entrever sus dientes ennegrecidos por el tabaco. Su aliento podrido olía a cerveza. Me besaba el cuello y me acariciaba lentamente, piernas, caderas y nalgas hasta llegar a mis genitales. Era prisionera de su locura, como un corderito inocente, atrapado entre las garras de un león.

Chillaba, gritaba con todas mis fuerzas. Pataleaba descontroladamente, golpeaba con fuerza con mis pies dentro del agua, mientras él me retenía a su lado. Con una mano oprimía mi boca y con la otra, se masturbaba acaloradamente.

Animal en celo, miserable y mezquino, insaciable y sin escrúpulos, que no descansó hasta lograr su propósito: atentar de la forma más sórdida posible contra mi honestidad...

Aquella inolvidable experiència tuvo gran y decisiva incidencia en mi vida. Moldeó mi carácter, transformándolo en introvertido, fiero y huraño. Madre reventó la puerta. Me sentí tan insignificante, tan tremendamente sucia...”
(M. Viñas, 1997)

Com més pacients veia, un tapís de secrets, silencis, pors i dolors anava agafant forma davant dels meus ulls. Quedava clar que com més sobredosis s’havien pres, més tràgiques havien estat les seves experiències d’abús, especialment les d’abús sexual. Pensant que hi haurien un munt d’articles publicats en el tema de la relació entre els intents parasuicides i una història d’abús sexual a l’infantesa, vaig anar a la biblioteca de la Universitat de Bristol, a on em varen dir que, de fet, no hi havia cap article publicat en la relació com a tal, però que a la Universitat de Oxford, estaven fent recerca en suïcidi i parasuïcidi. La meva idea inicial era trobar un article sobre el tema per discutir amb els altres residents de la regió a la trobada setmanal a la Universitat. El resultat de la meva curiositat va ser trobar-me en un tren cap a Oxford per parlar amb el Professor Keith Hawton, a la Universitat d’Oxford. El Centre de Recerca del Suïcidi del Departament de Psiquiatria de la Universitat d’Oxford té una de les bases de dades més importants del món d’intents parasuicides. El Professor Hawton ha escrit nombrosos articles en voltant de suïcidi i comportaments parasuicides.

Juntament amb un company de residència, en Fergus Law, ens vàrem posar a treballar. De mica en mica el protocol per l’estudi va anant agafant forma. Vàrem presentar resultats preliminars a Cork, Irlanda, un ja llunyà estiu de 1994.

A partir d’aleshores i donat la connexió a nivell de recerca amb Oxford, vaig pensar que tenia que anar a treballar allà. En això vaig demanar una plaça a la Universitat de Oxford (al Warneford Hospital), i vaig passar allà tres anys de la meva residència, dos corresponents a Psiquiatria General i un de Psiquiatria de l’Infància i l’Adolescència.

En estar a Oxford, a on en Keith Hawton es Catedràtic, i a on existeixen unes condicions escaients perquè les llavors del pensament científic es transformin en fruits madurs, preparats per els paladars de les revistes

científiques més exigents, el projecte va prendre nova força, que ja va continuar quan vaig anar a treballar d'Adjunt a Southampton. Durant aquest període és quan vaig re-establir la meva relació amb el Professor Costa-Molinari, el Dr. Tobeña, i "*last but not least*" (en darrer lloc, però amb una importància indiscutible) el Dr. Josep Tomàs Vilaltella. Aquesta ha estat el començament d'una relació d'amistat i enriquiment, alhora professional i personal que va portar a inscriure la Tesi Doctoral a la Universitat Autònoma de Barcelona, la meva Universitat. Punts importants d'aquest enriquiment personal van estar la visita del Professor Peter Hill, de l'Hospital Universitari Sant George's de Londres (i ara Catedràtic a l'Hospital Infantil de Great Ormond Street, també a la capital Anglesa), el 11 d'Octubre de 1997. Em venen al cap molts exemples que queden entre lo professional i lo personal, com ara el meu bateig a la Societat (Associació) Espanyola de Psiquiatria Infanto-Juvenil a Tenerife. Val a dir que el participar a les seves trobades anuals ha estat font de inspiració, i seu d'interessants xerrades comparatives de dues maneres de treballar i viure diferents, però complementaries.

El Febrer del 1999, em varen oferir la plaça de Cap de Servei al Departament de Psiquiatria Infantil de Norwich. Aquesta plaça tenia l'atractiu afegit de donar-me la possibilitat de tenir una influència considerable a la organització de la nova Facultat de Medicina de Norwich (que començarà a formar metges des del mes de Setembre de l'any 2002) i a les de Psicologia i Infermeria. El càrrec va així lligat a una posició acadèmica de Professor Titular a la Universitat de East Anglia, en la seva Facultat de Ciències de la Salut, a on pertany Medicina.

És difícil predir a on el camí de la vida ens portarà. Una veu, suau però tossuda, que ressona en el meu interior i que es fa sentir no només amb paraules, em diu que aquest camí és un cercle, un cercle que em tornarà a portar a casa, a Catalunya. El temps donarà o traurà raons, tant a la veu com a tots nosaltres. Mentrestant, t'invito a que passis aquesta plana, i entris al rebedor d'aquest treball que vol ser un homenatge al valor, franquesa, i tenacitat de totes les dones que el varen fer possible.

Xavier Coll i Corominas

INTRODUCCIÓ

1. Una Perspectiva Històrica

El coneixement que nens són, a vegades, sotmesos a abús sexual no és nova (Lascaratós i Poulakou-Rebelakou, 2000), ni tampoc ho són els intents a estudiar aquest abús de manera sistemàtica (Hamilton, 1929; Landis i col., 1940; Kinsey, Pomeroy, Martin i Geghadt, 1953). El que és nou és l'atenció del públic en general i dels mitjans de comunicació en particular a l'abús sexual a la infantesa, tant pel que fa a la seva existència, com a la convicció de que les experiències són dolentes per el desenvolupament del nens i poden produir conseqüències a llarg termini. Experiències d'abús sexual s'han descrit en diverses societats de l'antiguitat. Per exemple, Lascaratós i Poulakou-Rebelakou (2000) varen revisar textos originals en grec dels historiadors bizantins i dels autors eclesiàstics escrits entre els anys 324 i 1453. La seva recerca històrica demostra que tot i que el càstig establert per les lleis i l'Església del temps per casos d'abús sexual era molt sever, un bon nombre de casos de violacions varen ser "normalitzades" amb un casament prematur. Aquestes situacions d'abús es varen produir fins i tot a les famílies imperials, i apareixen clarament descrites en els texts estudiats. A més, a més, aquests dos autors varen trobar casos de prostitució de menors, incest, i pederastia, que cobreixen totes les classes socials de la societat bizantina. A nivell contemporani, l'abús sexual s'ha convertit en un dels temes culturals definitoris del nostre temps. Tant és així que resulta fàcil oblidar les persones víctimes de l'abús amb tota la fúria i controvèrsia generada en

voltant del tema de l'abús sexual a l'infantesa.

L'abús sexual a la infància ha estat descobert i re-descobert varies vegades en la història recent i passada. Un dels redescobriments amb més influència va ser el de Freud (1896), que de bon principi va concloure que molts dels seus pacients havien estat abusats en la seva infància. En base a aquestes observacions, Freud va construir la seva teoria de la seducció, en la que va identificar abús sexual a la infantesa com a factor etiològic en les neurosis. Freud va abandonar la teoria de la seducció per la teoria Oedipal, i les descripcions d'abús sexual varen ser relegades a la posició de fantasies infantils en lloc de descripcions de la realitat.

En els anys 60 (la dècada que començà el 1960), es va donar el redescobriments del problema de l'abús físic gràcies al treball pioner de Kempe i el seu equip en la síndrome del nen maltractat (*the battered child syndrome*) (Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller, i Silver, 1962). Les seves troballes varen resultar ser el motor que donà energia a un interès i preocupació en voltant de l'abús físic dels nens. No va ser, però, fins a la dècada següent en que l'atenció es va, altra vegada, centrar en l'abús sexual.

Un gran redescobriments de l'abús sexual es va produir entre 1970 i 1980. En aquest període, la veu del nen abusat sexualment va pertànyer a l'adult que va sobreviure l'abús, i mitjançant ella, al fenomen feminista i al terapeuta.

El resultat va ser que cap a finals de la dècada dels setanta, el redescobriments de l'abús sexual portà a una evidència i teories que es trobaven centrades en les descripcions de les dones adultes supervivents

de l'abús, amb la validesa d'aquestes descripcions trobant-se ratificada per un moviment feminista de creixement molt ràpid que considerà l'abús sexual com una de les manifestacions d'una societat patriarcal que oprimia a les dones (Herman, 1981).

El re-descobriments de l'abús sexual a la dècada dels setanta va establir els fonaments per la seva difusió al públic general, que es va donar a la dècada que començà el 1980.

Dos factors varen caracteritzar aquesta fase de difusió del coneixement sobre les experiències d'abús. El primer va ser que la definició es va anar estenent per incloure un ventall molt ampli d'experiències. Aquestes, en el camp de l'abús sexual anaven des de l'exposició a conductes indecents, a la violació repetida utilitzant força. En paral·lel amb aquesta ampliació de la definició de l'abús, s'extenien històries en els mitjans de comunicació que implicaven que una proporció molt alta de dones de la població general havien estat víctimes d'abús sexual. Aquesta (mal)informació va donar la impressió que un nombre molt alt de nens i nenes es trobaven exposades a abús sexual seriós i brutal, i que l'autor d'aquests abusos, la persona de qui es tenia que sospitar, era el pare.

Aquesta actitud d'investigador en la cerca de l'abús sexual va ser impulsada, principalment per dues causes. Primer, per la creença que en casos d'abús sexual, el nen sempre ha de ser cregut, per damunt del sentit comú o de la possibilitat de que l'abús s'hagués produït de la manera descrita (Ceci i Bruck, 1993). En segon lloc, va ser el resultat del desig comprensible de donar precedència a la protecció dels nens i nenes, per damunt de qüestions d'evidència.

Cap a finals de la dècada dels vuitanta, ja havíem acumulat una quantitat important de coneixements per arribar a tres conclusions generals sobre l'abús sexual a l'infantesa. Primer, que l'exposició a experiències sexuals no desitjades durant l'infància no era de cap manera una ocurrència aïllada. En segon lloc, que els nens que han crescut en certes circumstàncies socials o familiars, es trobaven a un risc incrementat d'abús sexual. I tercer, que l'exposició a abús sexual durant l'infància es trobava associada a un augment del risc de patir problemes de salut mental i d'ajustament, tant en l'infància com a l'edat adulta. Aquestes conclusions portaren a que la gent agafés consciència de que les víctimes (o supervivents) d'abusos sexuals tenien el dret a teràpia, suport, i ajuda per superar la seva victimització. Aquesta consciència va impulsar el desenvolupament de serveis que específicament adreçaven les necessitats de les víctimes de l'abús.

Un dels resultats d'aquest procés de consolidació va ser el establir els fonaments d'una indústria burgesa en voltant de l'abús sexual que estaria en disposició de cobrir aquestes "necessitats" de les persones que havien estat abusades sexualment (Goodyear-Smith, 1993). Malgrat una inversió considerable en aquests mètodes de tractament, fins el dia d'avui, en ple segle XXI, encara coneixem ben poc pel que fa a l'eficàcia dels tractaments per abús sexual. Existeixen tendències en el camp de la investigació que suggereixen que, durant la propera dècada, la recerca es centrarà en examinar si les teràpies per tractar l'abús sexual poden oferir el que diuen que ofereixen.

Un dels signes d'aquest procés de consolidació de la manera en la que les

experiències d'abús són rebudes per la nostra societat, és la facilitat amb la que, en el dia d'avui, periodistes, polítics i professionals, parlen de l'abús sexual. Assumeixen que l'abús sexual existeix com un objecte fàcilment reconeixible en el nostre entorn, amb les seves característiques definitòries conegudes per tothom. Malgrat tot, el que constitueix abús és encara força lluny de la claredat, i a on cal que plantem les fronteres és, avui en dia, obert a un debat ple d'intenses emocions.

La tendència a que el concepte d'abús sexual s'hagi consolidat ha portat a una situació en la que l'abús sexual es tracta com si fos una síndrome que podem reconèixer, com ara el sarrampió. Que pot ser identificat per la presència d'uns símptomes més o menys objectius, però consistents en la seva presentació. Malauradament, la definició de l'abús sexual no rau en signes i símptomes objectius, sinó en criteris normatius.

Pel que fa al lloc de la recerca epidemiològica en l'estudi de l'abús sexual a l'infància, en general, les descripcions de les supervivents ens ensenyen: (a) que l'abús sexual es dona, i, (b) que aquestes experiències a l'infantesa poden tenir un impacte considerable en l'ajustament de la persona i el seu benestar. Desgraciadament, les seves descripcions no adrecen ni els temes de la prevalència de l'abús sexual a la població, ni, encara més important, fins a quin punt les experiències descrites per les supervivents de l'abús sexual, són típiques dels nens i nenes que han estat exposats a aquest abús.

Així, en termes generals, la recerca epidemiològica representa un intent a sobreposar-se a les limitacions de la mostra que trobem, tant en les descripcions d'individus supervivents de l'abús, com en les descripcions

dels professionals clínics que treballen en aquest camp. De manera típica, la investigació epidemiològica es centra en tres àrees:

1. Prevalença: ¿Quina proporció de la població es troba exposada a l'abús?, i ¿quina és l'extensió de la variabilitat de les experiències d'abús sexual descrites per membres de la població?
2. Correlacions/Prediccions: ¿Quins factors diferencien entre els individus que han patit abús dels que no l'han patit?
3. Conseqüències: Fins a quin punt l'exposició a l'abús sexual té efectes a curt i a llarg termini en l'ajustament i benestar de la persona, tenint en compte (a) la naturalesa de l'abús descrit, i (b) altres característiques de les persones descrivint l'abús.

Els resultats d'aquesta recerca són un seguit de proposicions estadístiques que ens informen de: (a) la freqüència relativa amb la que l'abús sexual és descrit; (b) les característiques socials, demogràfiques, i d'altra mena associades amb un risc augmentat d'abús sexual; i (c) fins a quin punt les descripcions d'abús sexual es troben associades amb un risc més alt de símptomes psiquiàtrics i altres problemes d'ajustament.

Amb clara relació amb els conceptes expressats fins ara, l'evolució de les idees en voltant al suïcidi i als comportaments parasuïcides, tant en un context legal com històric, són rellevants en intentar entendre la psiquiatria del segle XXI. L'examen d'històries clíniques ha permès l'exploració d'actituds en voltant del suïcidi i la demografia del suïcidi en diversos períodes, afegint una perspectiva longitudinal als nostres coneixements.

Tant a la Catalunya com a l'Anglaterra medievals, suïcidi era un pecat mortal als ulls de l'Església, penalitzat amb la prohibició de l'enterrament a

terra consagrada. A més a més, portava a la confiscació dels bens del mort per part de les autoritats reals (a Anglaterra). El matrimoni Seabourne varen seleccionar històries clíniques del 1216 al 1377, i les varen examinar per detalls de suïcidi o comportaments parasuïcides (Seabourne i Seabourne, 2001). En fer això, trobaren que tot i que alguns aspectes han canviat (per exemple, no varen identificar cap cas de sobredosi o autoemmetzinament deliberat), altres s'han mantingut constants amb el pas del temps.

2. Tipus i Formes de Maltractament

En llegir qualsevol de les definicions de maltractament infantil que apareixen en els manuals, ràpidament ens adonem de la complexitat del problema. Fa falta que ens plantegem un seguit de qüestions de gran importància: "¿A on es troba el límit entre el que és maltractament i el que no ho és?"; "¿Cal que tinguem en compte les costums i els aspectes culturals en valorar un comportament d'aquesta mena?"; "¿Hem entès quines son les necessitats de qualsevol nen per el seu desenvolupament físic i psíquic?".

El maltractament físic es pot definir com "qualsevol acció no accidental (per part dels pares o figures parentals) que provoqui un mal físic o malaltia al nen, o el posi en un risc greu de patir-lo".

El maltractament (o abús) emocional o psicològic es defineix com "l'hostilitat verbal en forma de insult, humiliació, crítica o amenaça d'abandonament, i el constant bloqueig de les iniciatives d'interacció infantils (des de l'evitació fins al tancament o aïllament), per part de qualsevol membre adult del grup familiar".

La categoria de negligència inclouria les tipologies d'abandonament físic o psicològic. L'abandonament físic es defineix com "aquella situació a on les necessitats físiques bàsiques del menor (alimentació, roba, higiene, protecció, educació i assistència mèdica) no són ateses, temporal o permanentment, per cap membre del grup que conviu amb el nen". També inclouria l'abandonament emocional, que es defineix com "la manca persistent de resposta a les senyals (plor, somriure), expressions emocionals, i conductes de proximitat e interacció iniciades per el nen.

També inclou la manca d'iniciativa, interacció i contacte per part d'una figura adulta estable".

L'abús sexual es pot definir com "qualsevol contacte sexual amb una persona menor de 18 anys per part d'un adult des d'una posició de poder o autoritat sobre el nen. L'adult utilitza al nen per la realització d'actes sexuals o com a objecte d'estimulació sexual". La definició utilitzada en aquest treball queda clarificada dins de l'apartat de mètodes i a l'apèndix corresponent.

Una vegada establertes les diferents tipologies de maltractament, cal tenir en compte que en un percentatge elevat de casos es produeix un cert ensolapament entre elles. Per exemple, un 44% dels casos que van patir qualsevol mena de maltractament de l'estudi presentat en aquesta tesi doctoral, van patir alhora abús sexual, maltractaments físics, i abús psicològic. Això ressalta si ho comparem amb un 16.5% (n=83); 6.4% (n=81); i 2.8% (n=74), per casos "purs" de respectivament abús sexual, maltractament físic, i abús psicològic (Coll i col., 1998). Aquesta observació és congruent amb altres que es troben a la literatura (Belsky, 1993).

Malgrat tot, i per finalitzar aquest apartat, val a dir que tot i que pot ser dubtós el benefici i l'esforç de separar els diferents tipus de maltractament, per arribar a tenir categories "pures", és mitjançant aquest esforç que em après que quan es donen casos de maltractaments físic i psicològic de manera conjunta, no hi ha una correlació necessària entre la gravetat d'ambdós. Per altra banda, en la majoria dels casos de maltractament físic, el que es considera vertaderament dolent a mig i llarg termini són les correlacions emocionals lligades al maltractament (Arruabarrena i de Paül, 1997).

Existeixen dificultats per establir una definició única i vàlida del que és el maltractament infantil. La imprecisió de les definicions utilitzades fins ara dificulten, en part, el desenvolupament del coneixement d'aspectes essencials del problema, com ara la seva etiologia, conseqüències, eficàcia dels tractaments, etc. Entre d'altres, els problemes que trobem quan intentem homogeneïtzar les definicions són: (1) a partir de quin límit una conducta és considerada com maltractant o abusiva; (2) la major o menor importància que assignem als valors culturals i les costums; (3) la inclusió de la perspectiva evolutiva; (4) la presència de factors de vulnerabilitat en el nen; (5) la inclusió com a requisit de dany real o potencial en el nen; (6) la inclusió de la utilització de força o abús de poder.

3. Prevalença del Maltractament i Abús Infantil

Es difícil respondre amb simplicitat la pregunta de quina és la freqüència real d'abús i maltractaments a nivell local, estatal o internacional. El problema radica en les dificultats de tipus metodològic que trobem en els estudis d'incidència i prevalència.

En revisar la literatura, trobem valors d'una sèrie d'estudis que fan referència al percentatge d'una mostra determinada de persones que descriuen que han estat abusades, per exemple sexualment, durant l'infantesa. Aquest valor estadístic ha estat descrit a la literatura com la incidència o prevalència de l'abús sexual a l'infantesa (Peters i col., 1986). De fet, aquest valor no representa la definició estricta ni d'incidència, ni de prevalència. La incidència d'una malaltia es refereix a la proporció d'ocurrència d'aquesta malaltia per unitat temporal, mentre que la prevalença es refereix al percentatge de la població que pateix de la malaltia en un moment determinat (Susser, 1973). Tenint en compte aquests conceptes, el que representen els resultats dels estudis que trobem a la literatura de l'abús sexual (i també en la dels altres tipus d'abús) és la incidència acumulada de l'abús durant un període de l'infància. Tot i que aquesta incidència acumulada no és, estrictament, una prevalència, té una interpretació similar a una estimació de prevalència. Reflexa la proporció d'aquells que descriuen una exposició a l'abús sexual en un moment determinat. Per aquesta raó, he utilitzat el terme prevalència com una manera convenient per descriure aquest valor estadístic, amb l'enteniment que el que vull representar és el percentatge de la població descrita que ha estat exposat a abús sexual en algun moment de la seva

infància.

Hi han, com a mínim, tres tipus d'estudis d'abús sexual: Retrospectius (ens informen de la prevalència en un període concret), Projectius (ens informen de la prevalència en un període concret, i de la incidència), i Informats a una agència oficial concreta (ens informen de la incidència). Dins dels estudis retrospectius, ens podríem remuntar fins el 1896, per trobar les series descrites per Freud (1986), en les que tots els tretze casos (onze dones i dos homes) van descriure abús sexual a l'infantesa que va consistir en contacte genital amb un home adult. Aquesta població psiquiàtrica es compara de manera molt interessant amb les troballes de Rosenfield vuit anys després (Rosenfield, 1979). Rosenfield conclou que només sis dels divuit pacients psiquiàtrics, es a dir un 33%, li van descriure una història d'incest. Aquesta xifra representaria una proporció molt més baixa que la descrita per Freud, però és bo fer notar que cinc dels sis pacients de Rosenfield que van ser diagnosticats com a histèrics, i que per tant entrarien dins de la mateixa categoria dels de Freud, havien patit incest. Alfred Kinsey i Wardell Pomeroy, entre 1945 i 1955, van publicar els resultats d'un dels primers estudis de gran escala de sexualitat humana (Kinsey i col., 1948, 1953), en el que Kinsey i Pomeroy entrevistaren durant dues hores a 7.789 dones, utilitzant una entrevista estructurada de 500 preguntes. Els resultats (un 24% de les dones havien estat abusades sexualment per homes adults durant la seva infantesa) son interessants, ja que deixen clar que en aquesta mostra de dones nascudes al començament del segle XX, els nivells d'abús sexual en la infància son comparables als dels estudis més recents. Posteriorment, Kinsey va negar

les importants conseqüències de l'abús sexual, i parts dels seus escrits que parlen de la manca de conseqüències negatives del contacte sexual entre infants i adults, van aparèixer en revistes com Penthouse.

En el 1985, Rhoda Oppenheimer i col·laboradors mostraren que dos terços d'un grup de setanta-vuit dones anorèxiques adultes descrigueren històries d'abús sexual a l'infantesa. Dins d'aquest grup, un 50% havien patit abús sexual de contacte. Mentre, en David Finkelhor, en el 1986, començava a reconèixer que un qüestionari específic podria resultar en un augment de la proporció de casos identificats.

L'estudi de Diana Russell del 1983, on 930 dones majors de divuit anys participaren en un estudi de probabilitat a l'atzar, va mostrar que un 38% d'elles havien patit abús sexual de contacte abans dels divuit anys d'edat, amb un extra 16% descrivint abús sexual sense contacte físic abans de la mateixa edat. Això va representar una prevalència total en el estudi de Russell del 54%, és a dir, un 54% de les dones que varen contestar a les seves preguntes, van dir que havien estat abusades abans de fer els divuit anys. A l'estudi d'en Baker i Duncan (1985), un 49% de la mostra que havia estat abusada havia patit abús sexual de contacte. Una prevalència alta d'abús sexual també s'ha descrit a l'estudi de la Gail-Elizabeth Wyatt, de l'equip d'en Finkelhor. Aquest va ser un estudi multi-estratificat de probabilitat, a on la prevalència de l'abús sexual a Los Angeles va ser examinada en dones d'origen afro-caribeny i dones blanques. La prevalència d'abús sexual en aquests grups, fins als disset anys d'edat, va mostrar que un 62% deia haver patit alhora abús sexual amb i sense contacte físic; mentre que un 45% deia haver patit només abús sexual amb

contacte físic.

Els estudis projectius ens ofereixen molt poca informació.

Metodològicament són molt més problemàtics i cars d'organitzar. Ara per ara només existeix el treball de l'Hospital de Great Ormond Street, a Anglaterra (Bentovim i col., 1988), en el que es va seguir una cohort de 120 famílies, que incloïen 180 víctimes i 226 germans i germanes, que havien estat referides entre 1981 i 1984, i vistes altra vegada l'any 1986. En aquest punt, la proporció de nens que havien tornat a estar abusats va donar una incidència, és a dir, casos nous d'abús sexual, del 16%. Treball clínic amb aquestes famílies durant mesos, i en alguns casos anys, va mostrar que un 76% de les nenes referides i un 85% dels nens referits havien patit abús sexual de contacte. Mentre, un 46% de tots els casos vistos havien patir abús de tipus incestuós.

És important recordar que canvis a nivell metodològic, com ara amplitud de la definició; tipologies incloses en les xifres d'incidència; inclusió de casos coneguts, notificats, i/o confirmats; inclusió de casos en els que s'han produït varies modificacions en moments diferents, portaran a diferències significatives en els resultats. Malgrat aquestes limitacions, hi han estudis d'interès, tant en l'àmbit internacional, com en diverses Comunitats Autònomes d'arreu d'Espanya, que reflexen l'importància quantitativa del problema.

A l'any 1988 es van descloure els resultats d'un estudi realitzat a Anglaterra i Gal·les per la Societat del Regne Unit per la Prevenció de la Crueltat a la Infància (*National Society for the Prevention of Cruelty to Children*). En aquest estudi es recullen 2.137 casos registrats durant 1986, que

augmenten a 2.304 durant 1987. En les xifres de 1987 destaca l'augment relatiu de casos notificats d'abús sexual (d'un 31,5% a un 38,6% del total), amb una baixada dels casos de maltractament físic (d'un 56 a un 49%). La xifra total de casos presentada en aquest estudi representa una taxa d'incidència del 2,29 per 1.000 en 1986; i del 2,48 per 1000 durant 1987 per nens menors de 15 anys.

En els Estats Units, i en un estudi realitzat l'any 1983 al Centre Nacional per l'Abús Infantil (*National Center on Child Abuse and Neglect*), van observar un augment sistemàtic, any rera any, de les taxes d'incidència des del 1976 fins al 1983 (142% entre aquestes dates).

En el nostre país, potser el primer estudi epidemiològic que pot considerar-se dissenyat i realitzat amb garanties metodològiques es va portar a terme a Catalunya a l'any 1988 (Inglés, 1991). En aquest estudi es descriuen 5.989 casos de nens víctimes de maltractaments, que representen un 4 per 1.000 de tota la població menor de 16 anys. En aquest grup, la tipologia més freqüent és la negligència (78,5%), seguida de l'abús psicològic, que es dona en un 43,6% dels casos.

Més recentment s'ha portat a terme un estudi epidemiològic a la Comunitat Autònoma d'Andalusia (Jiménez i col., 1993) utilitzant la informació proporcionada per els mestres de les escoles seleccionades. Els 1.712 professors consultats presentaren dades de 875 nens que poden ser classificats com a víctimes de maltractaments. Ajustant per el nombre total de professors de tota la Comunitat Autònoma, i afegint els casos detectats per altres fonts de informació, van arribar a una xifra total de 29.883 nens, que representa un 14 per 1.000 dels menors de 18 anys. Aquí varen trobar

un lleuger predomini del maltractament en les nenes (55%) en relació als nens (45%).

Els valors relatius a la incidència real del problema del maltractament infantil, tant en l'àmbit internacional com a Espanya, són diversos i difícils per a establir comparacions. Malgrat aquesta dificultat, tots ells apunten amb claredat a què es tracta d'un problema numèricament molt important. A més, a més, la prevalença de l'abús variarà considerablement, depenent de la manera en la que els investigadors obtenen la seva informació (Peters i col., 1986; Dill, Chu, Grob, i Eisen, 1991; Martin, Anderson, Romans, Mullen, i O'Shea, 1993). Les maneres d'obtenir la informació poden variar des de dependre de preguntes amb una sola resposta possible en la que la participant tant sols ha de posar una creu o deixar-ho en blanc (Hibbard, Ingersoll, i Orr, 1990; Wellman, 1993; Schein i col., 2000), a utilitzar mètodes amb preguntes múltiples i un nivell alt d'estructuració (Anderson, Martin, Mullen, Romans, i Herbison, 1993; Vogeltanz, Wilsnack, Harris, Wilsnack, Wonderlich, i Kristjanson, 1999). En general, sembla important el centrar la investigació en un grup ampli de preguntes sobre experiències sexuals a l'infància, i les seves relacions durant aquest període (Peters i col., 1986).

Una reflexió sobre el tema suggereix que les persones que han de contestar preguntes en voltant de l'abús sexual que va succeir a l'infantesa s'han d'enfrontar a un seguit de tasques de considerable dificultat: (a) revisar la seva història d'experiències sexuals durant l'infància, i (b) descriure aquelles experiències que representen un criteri implícit o explícit d'abús sexual. És probable que aquest procés de revisió es faciliti si les

preguntes sobre l'abús sexual adrecen aspectes específics de les experiències sexuals de cada persona, en lloc de preguntar a la gent sobre la seva exposició a les experiències sexual en general (Peters i col., 1986; Martin i col., 1993; Coll i col., 1998). A més, a més, s'ha suggerit que els mètodes que ofereixin un major grau d'anonimitat facilitaran la descripció de les experiències d'abús (Dill i col., 1991; Martin i col., 1993; Coll i col., 1998).

Així, a manera de resum, en considerar la valoració de la prevalença de les experiències d'abús en una mostra de la població, podem trobar varies raons que expliquen perquè els valors varien d'un estudi a l'altre. Aquestes raons inclouen: (a) variacions en les definicions de l'abús, (b) variacions en els mètodes per els que l'abús ha estat valorat, (c) variacions en les característiques de les mostres estudiades, i (d) variacions que indiquen errors en l'aleatorietat de les mostres.

4. Conseqüències de les Experiències d'Abús i Maltractaments

És important deixar clar d'entrada que no tots els nens i nenes que pateixen abús i maltractaments patiran els mateixos problemes, o que han de patir qualsevol mena de problema. Malauradament, però, l'experiència clínica ens informa que els problemes que trobem amb major freqüència en les persones que han estat abusades sexualment a l'infantesa, i que veiem a la nostra consulta, poden ser categoritzats de la manera que he il·lustrat a la Taula 1.

Taula 1. Problemes comuns en dones que han estat abusades sexualment

1. **Trastorns de l'estat d'ànim.** (a) Auto-estima baixa. (b) Sentiments de culpa. (c) Episodis de depressió.
 2. **Comportaments Parasuïcides.** (a) Sobredosi de medicaments. (b) Conductes auto-lesives.
 3. **Comportaments auto-destructius.** (a) Trastorns de l'alimentació. (b) Abús de drogues i alcohol
 4. **Problemes Interpersonals.** (a) Aïllament. (b) Inseguretat. (c) Manca de confiança en altra gent.
 5. **Trastorns relacionats amb el estrès.** (a) Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic. (b) Trastorns dissociatius.
 6. **Problemes Sexuals.** (a) Disfunció Sexual. (b) Orientació Sexual. (c) Violació. (d) Prostitució. (e) Sexualitat Compulsiva. (f) Promiscuïtat.
-

Cal esmentar, però, que les víctimes d'abús que veiem amb problemes clínics són un subgrup seleccionat que està esbiaixat vers la patologia. Així, en llegir estudis, un ha de tenir clar que els nivells de prevalència no serien

tant alts en víctimes que no busquen ajuda.

Les experiències d'abús i maltractaments i els comportaments parasuicides tenen en comú la presentació de certes paradoxes cognitives (Taula 2).

Taula 2. Paradoxes comuns en Comportaments Parasuicides i

Abús

"Vull algú que m'escolti, però no li puc dir a ningú"

"Vull atenció, però no me la mereixo"

"Vull parar de tallar-me, però em fa sentir bé, i si parés no sé pas el que em quedaria"

"Jo m'ho mereixo, però els altres no"

"Sembla que tingui a veure amb estar en control, però tinc que fer-ho"

"Em fa por anar massa lluny, però de fet, d'això és del que es tracta"

A part de patologies concretes (Taula 1), és comú el trobar pensaments recurrents d'autoculpabilitat, d'autocrítica (Jehu, 1988) i d'altres tipus (por, impotència, abandonament, etc.) en dones que han estat abusades sexualment (Taula 3).

Taula 3. Exemples de pensaments distorsionats en dones abusades sexualment en l'infantesa

1. Pensaments d'Inculpció.

- (a) Soc responsable per les experiències sexuals de quan era petita perquè va durar tant de temps.
- (b) Segur que vaig permetre que passés, ja que no vaig estar forçada en cap moment.
- (c) Deuria haver estat provocativa i sensual quan era petita

2. Pensaments d'Autocrítica.

- (a) Soc inferior a altra gent perquè no vaig tenir experiències normals.
- (b) Qualsevol persona que sàpiga el que em va passar no voldrà saber res amb mi.
- (c) Soc dolenta i no serveixo per res.
- (d) Mai podré viure una vida normal. El mal que em varen fer és permanent.

3. Pensaments de Por, Impotència i Vigilància Constant

- (a) Si li dius a algú, et mataré
- (b) Ningú no et creurà
- (c) Em posaran a la presó
- (d) Et posaran a un orfenat
- (e) Si ho expliques, mataràs a la teva mare del disgust

3. Dissociació

- (a) Posava tots els meus pensaments a la rosa del paper de la paret, i ja no sentia més dolor

4. Pensaments d'Abandonament i Traïció

- (a) La mama em deia que anés al llit amb el papa després de dinar per fer-lo content
- (b) Ell la picava si no li deixava fer-me el que volia, i jo no ho podia suportar

3. Pensaments de revelació i manca de credibilitat

- (a) Em va dir que era una mala puta i una ramera
-

4. Pensaments d'abús auto-inflingit

Una adolescent que havia patit abús sexual des de feia força temps per part del seu pare i germà es va començar a prendre sobredosis. Segons ella, això no era la representació del seu intent suïcida, sinó de la seva rauxa continguda

(a) Quan tinc ràbia per tot el que em va passar, no puc dir res, simplement em prenc una sobredosi

5. La víctima perpètua

(a) Una vegada és coincidència, tres vegades és un patró. Transformo els homes en monstres

Aquests pensaments distorsionats poden haver estat adquirits mitjançant la internalització de certs missatges de la gent que afecten la imatge que la víctima té d'ella mateixa. Exemples d'aquests missatges serien:

(a) L'autor culpant a la víctima de seduir-lo.

(b) L'autor donant a entendre que es sent culpable per la pressió que va posar a la víctima perquè guardés el secret.

(c) Les baralles, repudia, repulsa i culpabilitat que tot sovint la víctima pateix en descloure el abús que ha patit.

(d) En aprendre que el sexe entre nens i adults és considerat, tant social com moralment, fora del que la societat accepta, un pot començar a experimentar sentiments de ser diferent dels altres. També poden aparèixer sentiments d'inferioritat, de pèrdua d'una infantesa normal, de la innocència, i d'una bona relació entre pares i fills.

(e) L'autor pot fer sentir a la víctima com si no valgués res, i com si ningú mai la pogués estimar en el futur, mitjançant l'exploació de la víctima

per la seva gratificació personal. Això pot estar potenciat per la manca de protecció per part de l'altra gent.

(f) La víctima que decideix posar-se una etiqueta de persona inadequada i vulnerable.

(g) Finalment, la dependència dels nens en els pares pot ser un altre factor important en el desenvolupament de pensaments distorsionats. Els nens necessiten mantenir la bona imatge dels seus pares. Una imatge que els defineixi com a bona gent que els estimen, i com algú que els guardarà de qualsevol mal. Aquesta imatge i relació es trobarà amenaçada si la víctima culpa als seus pares de l'abús. Així, és possible que el nen o nena trobi que una sortida més fàcil d'aquesta situació sigui el acceptar la responsabilitat ell mateix.

En resum, s'ha trobat una prevalència elevada d'un ventall de problemes psicosocials entre els adults que han estat abusats durant la seva infantesa, i que han buscat ajuda professional en algun moment de la seva vida. El que ens cal ara són models de tractament que siguin efectius per els problemes que hem identificat, i la seva recerca en estudis ben dissenyats. Crec que aquests estudis constituïran una part important del desenvolupament i recerca dins del camp de l'abús sexual infantil.

5. Els Conceptes del Parasuïcidi

Com a mínim, des de l'any 1958, quan Stengel, Cook i Kreeger van publicar la seva monografia, recerca en els camps del suïcidi i del parasuïcidi ha posat èmfasis en les diferències entre les formes fatals i les no fatals del comportament autolesiu.

Durant varies dècades, estudiosos del camp del suïcidi han considerat un ventall de terminologia per descriure comportaments suïcides que no han acabat en mort (per exemple, Kreitman i col., 1969; Shneidman, 1985; Hawton i Catalan, 1987; Bille-Brahe i col., 1994). Més recentment, aquesta mateixa tasca l'han portat a terme Hawton (1996), O'Carroll i col. (1996), Leenars i col., (1997), Linehan (1997), i Hjelmeland i Knizek, 1999).

El terme que és utilitzat de manera més freqüent és "intent de suïcidi".

Malgrat tot, sabem que només una proporció (sempre per sota del 50%) dels actes suïcides no fatals, són intents de suïcidi genuïns (Birtchnell i Alarcón, 1971; Hjelmeland i Bjerke, 1996). La resta dels pacients, tenen altres intencions amb el seu comportament autodestructiu. Per exemple, escapar durant un temps d'una situació de vida horrible, influir a altres persones, o venjança. Varies d'aquestes intencions es poden donar al mateix temps, i tot sovint la persona es troba ambivalent en el seu desig de viure o morir (Stengel, 1960; Kovacs i Beck, 1977). Per aquesta raó, el terme parasuïcidi ha estat tot sovint preferit al terme "intent de suïcidi", per exemple per els participants en l'estudi Multicèntric de Parasuïcidi de la Organització Mundial de la Salut (*WHO EURO Multicentre Study of Parasuicide*, Platt i col., 1992; Bille-Brahe i col., 1994; Schmidtke i col., 1996).

Un punt important en discutir la nomenclatura de comportaments parasuïcides és la qüestió de la intencionalitat. La pregunta que ens faríem aquí seria: "Perquè les persones porten a terme comportaments parasuïcides?" o "Què és el que volen obtenir amb el seu acte?". En els darrers cinquanta anys s'han publicat diversos estudis de les intencions, motius o raons per explicar els comportaments parasuïcides. En aquestes publicacions, també, hi ha confusió en relació al significat, a la correcta utilització de tota aquesta terminologia, i a la consistència o inconsistència en la manera en què aquests termes són utilitzats.

Diversos estudis han mostrat que les intencions i els termes han estat utilitzats de manera inconsistent i confosa. S'han utilitzat com a sinònims de quelcom que el/la pacient volia que passés en el futur, quelcom que volia aconseguir amb el seu acte, per exemple, influenciar a algú a canviar de manera de pensar, obtenir ajuda, escapar d'una situació determinada de manera temporal, morir, etc. A més, a més, pel que fa al terme intent de suïcidi, aquest és utilitzat quan es valora l'extensió, gravetat o intensitat amb què la persona volia morir.

Així, Birtchnell i Alarcón (1971) utilitzaren "intencions" i "motivacions" per descriure intent de suïcidi. Com a exemple d'intent de suïcidi donen "espantar o venjar-se d'algú".

Bancroft i col. (1976, 1979) van utilitzar els termes "raons" i "motius" de l'acte suïcida volent dir, per exemple, buscar ajuda d'algú, escapar-se temporalment d'una situació. Hawton i col., (1982) i James i Hawton (1985) utilitzaren els termes "aspectes motivacionals" i "raons" en referència a sobreingesta intencionada de medicaments, i, en fer això, van voler dir el

mateix que Bancroft i col. (1979). Michel i col. (1994) utilitzaren el terme "motius per intentar suïcidar-se" volent dir, per exemple, "volia obtenir ajuda d'algu" i "volia influenciar a algú a canviar la seva decisió".

Kovacs i col. (1975) varen categoritzar diverses raons dins el concepte "propòsit de l'intent" a partir de l'Escala de l'Intent de Suïcidi (*Suicide Intent Scale, SIS*; Beck i col., 1974a). Aquesta conté les categories següents: (a) manipular als altres, provocar canvi, obtenir atenció, revenja; (b) escapar de la vida quotidiana; i (c) components d'a i b.

Més enllà del camp de la suïcidologia, autors han diferenciat amb més claredat els motius de les intencions. El Professor Colin Trevarthen (1982) va descriure les diferències entre intencions i motius, conclouent que les intencions s'originen dels motius, i que els actes amb intenció satisfan certs motius. Després de parlar amb ell, vaig entendre que el Professor Trevarthen volia dir que els motius guanyen una expressió activa mitjançant les intencions.

En la terminologia de la teoria de la ciència sembla que els motius estiguin associats amb explicacions causals, mentre que les intencions es troben associades amb explicacions teleològiques dels actes suïcides.

Explicacions causals pressuposen que l'explicació de l'acte rau en el futur, i que la persona està tractant d'aconseguir quelcom mitjançant l'acte.

Hjelmeland i Knizek (1999) conclouen que hi ha una manca d'uniformitat tant en el camp de la suïcidologia, com en el de les ciències socials i de la salut en general, pel que fa a la possible precisió en la utilització de conceptes tant bàsics com intencions i motius. Donat que la cerca per respostes al perquè algunes persones s'involucren en comportaments

suïcides no fatals resta com una qüestió central en el camp de la recerca psiquiàtrica, aquí he pres la decisió d'utilitzar el terme parasuïcidi com a sinònim de dany deliberat en contra d'un mateix (*deliberate self-harm*).

6. La Relació de l'Abús amb Comportaments Parasuïcides

El dany deliberat en contra d'un mateix o comportament parasuïcida és un concepte que inclou l'auto-emmetzinament, auto-enverinament deliberat o sobredosi, i l'auto-lesió, conducta autolesiva, o auto-ferida deliberada.

Com a mínim des dels anys seixanta, ha existit un interès per solucionar el problema de l'abús infantil (Kempe i col., 1962) i la seva relació amb els comportaments parasuïcides (Roberts i Hawton, 1980; Goodwin, 1981; Martin, 1996). Aquesta relació s'ha investigat en diverses poblacions, incloent mostres de la comunitat (Romans i col., 1995), d'adolescents (Martin, 1996); i trastorns diversos, des de purament psiquiàtrics a trastorns de la personalitat (Brown i Anderson, 1991; van der Kolk i col., 1991; Vize i Cooper, 1995; Haw et al., 2001), o problemes de alcohol (Moncrieff i col., 1996).

El Regne Unit té la segona proporció edat-específica més alta per intent de suïcidi dels 13 països inclosos en el estudi multicèntric de la Organització Mundial de la Salut, el estudi WHO/EURO en parasuïcidi (Schmidtke y col., 1996). L'incertesa sobre l'efectivitat de les estratègies de tractament psicològic dels comportaments parasuïcides o conductes autolesives (Hawton i col., 1998) ressalta la necessitat d'un examen profund de les seves possibles causes. Un factor potencialment important, particularment en dones, és una història d'abús, tant sexual, com físic o psicològic.

Un grapat d'estudis ens han informat sobre la prevalència d'abús sexual en aquells que han tingut contacte amb els serveis de salut després d'un intent parasuïcida mitjançant una sobredosi.

A Holanda, un estudi va trobar que un 50% de les dones que havien estat

admeses després d'un intent de suïcidi, havien patit abús sexual (van Egmond i col., 1993). Un segon estudi holandès va trobar que un 39% de les dones que varen intentar suïcidar-se, havien estat abusades en la seva infantesa per un membre de la família (Draijer, 1985). Un tercer estudi a terres holandeses ens va informar que un 33% de 572 dones admeses després d'un intent parasuïcida havien patit maltractaments físics, mentre que un 14% varen declarar haver sofert abusos sexuals.

A terres escandinaves, un estudi a Noruega, va mostrar que un 24% de les dones havien experimentat abús sexual (Hjelmeland i Bjerke, 1996).

Finalment, a Gran Bretanya, un 7.8% dels pacients admesos a urgències després d'un episodi parasuïcida tenien descrit en les notes mèdiques o d'infermeria que havien estat abusats sexualment (Yeo i Yeo, 1993), mentre que un altre estudi va trobar que un 35% dels que foren admesos després d'una sobredosi i foren preguntats directament, varen donar una història d'abús sexual (Taylor i col., 1994). Malgrat tot, existeixen problemes quan tractem d'interpretar dades de prevalència.

Especialment, no existeix cap entrevista ni qüestionari d'autocomplexió estàndard per les experiències d'abús, i canvis importants en les dades de prevalència s'obtenen amb canvis mínims en la metodologia dels estudis. Les diferències en les proporcions obtingudes poden originar-se degut a tres fonts importants de biaix: la utilització de diferents definicions d'abús sexual, la manera en que els casos han sigut seleccionats, i com la informació ha sigut obtinguda.

Dos estudis de metodologia similar de la població general a Gran Bretanya obtingueren unes prevalences del 4% (a l'entrevista nacional Childwatch

sense publicar de la BBC de 1987) i del 12% (Baker i Duncan, 1985) per l'abús sexual infantil en dones. Aquesta diferència (tres vegades més) es va donar malgrat utilitzar una metodologia virtualment idèntica.

Una possible explicació per aquesta diferència és que l'estudi de la BBC es va introduir com una enquesta per descobrir quanta gent havia sentit parlar de l'abús sexual de nens, intentant esbrinar quines eren les seves opinions, mentre que l'altre es va introduir com part d'una enquesta general d'actituds. Que els canvis en la metodologia poden tenir un efecte profund sobre la prevalència també queda clar quan aquestes dades es comparen amb dues enquestes comunitàries dels Estats Units. Una d'aquestes va donar una prevalència de 38% per abús sexual amb contacte (54% si incloem abús sexual sense contacte, Russell, 1983). L'altra, una dada del 45% per abús sexual amb contacte (62% si abús sexual sense contacte fos inclòs, Wyatt, 1985). La diferència més important entre els resultats dels estudis a Anglaterra i als Estats Units, sembla que es trobi primordialment en el nivell de sofisticació de la metodologia de la entrevista, més que en les definicions utilitzades o en el criteri de selecció.

Així, des de la identificació de síndromes específics relacionats amb l'abús i els maltractaments, s'ha suggerit que l'abús a la infància podria estar relacionat amb conductes parasuïcides posteriors. Malgrat això, però, hi ha una mancança de estudis empírics que explorin aquest lligam, i aquests treballs, de manera quasi exclusiva, es troben dins de la literatura de l'abús sexual.

Les primeres descripcions en adolescents varen suggerir que les conductes parasuïcides es donaven perquè aquells que havien estat

abusats sexualment es sentien culpables, avergonyits, o es sentien d'alguna manera fins a cert punt responsables per l'abús (Anderson, 1981). Posteriorment, un estudi obert va trobar que un 57.7% de les víctimes d'incest involucrant al pare, s'havien infligit conductes parasuïcides durant un període igual o major als tres mesos durant l'infància o l'adolescència. L'autor va proposar que les conductes parasuïcides actuen com a càstig en contra d'un mateix, amb la finalitat de reintegrar el Jo (de Young, 1982).

Tres anys després, en Finkelhor i en Browne, després d'una revisió de les publicacions sobre el tema, van formular el Model Dinàmic del Trauma (*Traumagenic Dynamics Model*) per els efectes inicials i a llarg termini de l'abús sexual a l'infantesa. En aquest model, els autors varen lligar suïcidi i conductes parasuïcides amb aspectes de l'estigma i, en menor grau, amb els sentiments d'imptència (Finkelhor i Browne, 1985). Malgrat la seva difusió, la seva conceptualització ha rebut un suport empíric mínim. Un estudi de cohort va confirmar que una història d'intents de suïcidi era considerablement més comú en víctimes d'abús sexual (54.9%) comparat amb el grup no abusat (22.6%). A més, a més, va trobar que un 93% de les dones que varen mostrar un comportament parasuïcida abans de l'edat dels 13 anys, havien patit abús sexual a l'infantesa (Briere i Runtz, 1986).

Aquests autors varen presentar la hipòtesi de què el lligam podria involucrar a 3 ó 4 factors. Per exemple, una afectació de l'autoestima amb un sentiment de culpabilitat, sentiments d'imptència, problemes en les relacions amb gent, i, potser, un desig d'escapar-se de la realitat que els envolta. La seva recerca posterior va identificar variables representant sentiments d'imptència més que la resta dels factors: el nombre d'intents

de suïcidi estava relacionat a una història tant de maltractament físic, com d'abús sexual, abús amb penetració, i amb el nombre d'abusadors (Briere i Runtz, 1986). Un altre estudi de la relació entre abús i suicidalitat va identificar aquestes mateixes variables i dues més: una major durada de l'abús, i abús sexual amb trets anormals o estranys (Briere, 1988a). A més, a més, s'ha demostrat que l'increment en proporció d'abús físic i/o psicològic es troba associat de manera específica amb un trastorn límit de la personalitat (Zanarini et al., 1989). Un dels criteris del trastorn límit de la personalitat és auto-mutilació recurrent, amenaces de suïcidi, i comportaments parasuïcides, tot i que el diagnòstic no porta cap indicació sobre la seva etiologia. Un estudi de la comunitat d'una població seleccionada a l'atzar una mica més recent, va identificar cinc factors independents que contribuïen a la probabilitat de què abusos sexuals a l'infantesa portessin a conductes parasuïcides. Aquests factors eren: haver patit més abusos sexuals en l'edat adulta (que els autors suggerien que hauria reactivat la dinàmica de l'abús anterior), haver estat abusat sexualment més de deu vegades, utilització de força física durant abús, viure separat del pare i la mare durant l'infància o l'adolescència, i viure amb la parella abans dels 19 anys d'edat (Romans et al., 1995). Els autors pensaren que les dues darreres variables reflectien les conseqüències de abús.

Així, malgrat la multitud d'hipòtesis suggerides que relacionen el dany deliberat en contra d'un mateix o comportaments parasuïcides, i les experiències d'abús i maltractaments, les úniques variables identificades per la recerca són aquelles indicatives de la gravetat de l'abús.

Estudis utilitzant metodologies diverses han demostrat que les conductes autolesives són més freqüents en dones que han estat abusades (Yellowlees i Kaushik, 1994; Romans i col., 1995). També sabem que les experiències d'abús són més comuns en els pacients que presenten conductes autolesives (de Wilde i col., 1992; Coll i col., 1998). A més, a més, l'abús sexual ha sigut suggerit com a factor de predicció de la cronicitat de les conductes parasuïcides (van Egmond i col., 1993; Yeo i Yeo, 1993). L'abús sexual també va ser un dels pocs factors capaços de pronosticar la repetició en un estudi projectiu de pacients amb comportaments parasuïcides, però sense una història prèvia d'aquests (Hjelmeland i Polit, 1996). Donada l'evidència, és potser sorprenent que fins a l'any 2000 (Coll i col., 2000) no existís cap estudi cas-control d'abús publicat en poblacions amb comportaments parasuïcides.

7. Parant Atenció a la Repetició

La presentació, sempre plena de drama i emocions, d'un episodi parasuïcida, tendeix a desviar l'atenció del patró repetitiu en una proporció no negligible dels pacients que es presenten als nostres serveis mostrant aquest comportament. Per al clínic, el parasuïcida sempre representa una crisi. És per això que l'interès tendeix a centrar-se en les característiques més immediates de la situació. Malgrat tot, és reconegut que el parasuïcida és, tot sovint, un patró de comportament de tipus recurrent. Aquests pacients representen una càrrega important per als nostres serveis, alhora que viuen en un estat d'angoixa crònica amb manca de control sobre les seves vides. A més, a més, poden acabar, potser accidentalment, completant un episodi de suïcidi.

En un treball seminal, en Norman Kreitman i la Patricia Casey (1988) presentaren un estudi epidemiològic de cohorts anuals de parasuïcidis corresponents als anys 1972, 1977 i 1982 que havien estat admesos al centre regional de tractament d'auto-emmetzinaments intencionats d'Edinburg. L'estudi identificà per primer cop que per certs subgrups de la població les "repetidores" de Parasuïcida eren, de fet, més comuns que les primerenques (sense antecedents d'haver-se pres altres sobredosis de medicaments). En aquest estudi s'identificaren un nombre de factors de risc, entre els que la classe social va ser considerada com de particular importància.

Durant els darrers vint anys hi ha hagut un creixement de l'interès de les conseqüències a curt i a llarg termini dels maltractaments físics i de l'abús sexual.

Una investigació exhaustiva de les dones abusades física o sexualment ha demostrat que aquestes dones es presenten als serveis de salut amb comportaments parasuïcides. Aquests, a vegades, segueixen l'experiència d'abús quasi de manera immediata, i aleshores l'abús és evident. Però tot sovint hi ha un període de latència entre l'abús i el comportament parasuïcida.

Experiència clínica ens informa que resulta evident que una crisi en l'edat adulta pot tenir les seves arrels a l'infantesa, que aquestes dones tot sovint reconeixen. Això pot significar que l'abús físic o sexual podria ser un factor de risc del comportaments parasuïcides. Si aquest fos el cas, un podria esperar (invertint la hipòtesi) que en els comportaments parasuïcides aquest factor de risc també es trobarà manifestat.

Així, cal que dividim l'evidència en:

1. Recerca de gent que varen ser maltractats físicament (1a), i/o abusats sexualment (1b) en el passat, que quan són preguntats descriuen comportaments parasuïcides.
2. Recerca de gent que es presenten amb comportaments parasuïcides i dels que descobrim que han estat abusats sexualment i/o maltractats físicament.

1a. Abús físic. Un nombre limitat d'estudis ens informen que l'incidència dels intents parasuïcides en dones abusades físicament varia del 29% (Goodstein i Page, 1981) al 50% (Gayford, 1975).

Green (1978) va trobar una connexió clara entre el comportament parasuïcida dels fills i l'abús per part dels pares. Els nens abusats sexualment mostraren una incidència molt més alta de comportaments

auto-destructius que els dos grups de controls (nens negligits i "nens normals").

1b. Abús sexual. Adams-Tucker (1982) va concloure que de les 28 víctimes d'incest (de 2 a 15 anys d'edat) que va estudiar, un 21% presentava una ideació suïcida alta. En víctimes d'incest de més edat, de Young (1982) va trobar "comportaments auto-destructius" en un 58%.

2. Fins a mitjans de la dècada dels vuitanta, un rarament podia trobar autors que mencionessin els abusos físics o sexuals com a factor de risc de comportaments suïcides o parasuïcides. D'una meta-anàlisi de 81 d'aquesta mena d'estudis, van Egmond i Diekstra (1985), varen trobar que en només quatre d'aquests estudis, abús era mencionat.

Potser degut a aquesta troballa, en Van Egmond i Jonker (1988) varen investigar 276 dones majors d'edat que havien estat visitades com a mínim un cop als Hospitals Universitaris de Leiden o Utrecht després d'un episodi parasuïcida durant un període de divuit mesos. Utilitzant una entrevista estructurada en el moment de donar d'alta a les pacients, aquests investigadors holandesos varen mostrar que un 40% de les dones que havien pres més d'una sobredosi de medicaments havien patit abús sexual sever a l'infantesa, comparat amb un 9% dels que només s'havien pres una sobredosi ("*first timers*"). Van Egmond i Jonker varen concloure que cal considerar la presència d'abús físic i/o sexual en el passat com a un factor de risc molt important de la repetició de comportaments parasuïcides. Quatre anys després, aquest mateix equip (van Egmond i col., 1993) varen concloure que amb seguiment d'un any, més dones amb experiències d'abús sexual havien repetit els comportaments parasuïcides que dones

sense una història d'abús sexual.

Una mica abans, Briere i Runtz (1986) trobaren que el haver patit ambdós, abús físic i sexual a l'infantesa, era el que predeïa amb més claredat el que la persona es prendria una altra sobredosi, i el grau d'ideació suïcida de la persona. Això rep alhora el suport de les troballes a Anglaterra d'en Bagley i en MacDonald (1984), a on la quantitat de comportament i d'ideació suïcides es trobaven relacionades al nombre d'autors de l'abús, i a la gravetat física de l'abús.

Wilkinson i Smeeton (1987) varen ser els primers en estudiar repetició de parasuïcidis en els que només havien experimentat un intent parasuïcida ("*first timers o first-evers*"). Varen seguir pacients des d'un intent parasuïcida al 1980 i fins el final de 1981, comparant la proporció de repetició dels "*first timers*" amb la dels pacients amb parasuïcidis previs.

Tant Hawton (1987) com Petrie i col. (1988) han argumentat la importància de discriminar entre pronosticadors de risc de repetició a curt termini (durant 12 mesos) i a llarg termini (després de més d'un any) d'altres episodis parasuïcides.

Hjelmeland i Polit (1996) varen estudiar parasuïcidis tractats mèdicament a un comptat de Noruega i els varen seguir durant més de sis anys, identificant pronosticadors de la repetició de parasuïcidi. Aquesta parella va considerar que un gran nombre de variables es trobaven associades a la repetició quan el fenomen s'estudiava de manera retrospectiva. En el seu estudi prospectiu, les anàlisis de pacients sense història de parasuïcidi mostraren que únicament abús sexual (per als dos sexes) i problemes d'excessiva consumició d'alcohol eren pronosticadors significatius de

repetició. Els seus resultats indicaren que els pronosticadors de la repetició són altament dependents de la "carrera suïcida" en la que les pacients es troben.

L'evidència relacionant únicament abús físic a la repetició de sobredosis medicamentoses també existeix. Buglass i McCulloch (1970) varen trobar que la presència de violència en les relacions de les dones que es prenen sobredosis amb persones clau de la seva vida, era el factor que predeia millor la repetició d'una sobredosi en dones. Buglass i Horton (1974a) van confirmar que la violència era un factor de predicció en la seva cohort del 1968, però no ho varen poder sostenir per les seves cohorts del 1969 o 1970 (Buglass i Horton, 1974b).

Davant tot això, hom ha de considerar i valorar la utilitat clínica de les escales de risc. Per a moltes situacions, un instrument de screening amb un punt de tall únic seria adequat. Per exemple, quan l'utilitzem en un estudi com a primer pas per determinar la prevalència. Per altra banda, per predir el curs d'un trastorn o situació clínica, una escala de risc utilitzada d'aquesta manera sacrificaria una gran quantitat d'informació. Sembla raonable el afirmar que quelcom més que un simple llindar seria desitjable i possible, fins i tot dins de les limitacions de la pràctica clínica. Kreitman i Foster (1991) varen ampliar les escales predictives a l'abast a la dècada dels vuitanta, i varen trobar que era la violència de la parella o familiars durant els darrers cinc anys, el que era predictiu de repetició. El seu treball suggereix que maltractaments físics previs podrien estar relacionats amb la repetició de sobredosis medicamentoses. Kreitman i Foster (1991) varen deixar clar que la utilitat pràctica d'un test (la seva vàlua predictiva) en una

població determinada depèn de la prevalència del problema que esperem que detecti o predigui.

Un problema del tot diferent apareix en relació a la predicció del comportament en qüestió, en aquest cas la predicció d'altres comportaments parasuïcides. Aquest problema rau en el fet que un altre intent parasuïcida és un d'una sèrie i no necessàriament el darrer en la vida del pacient. La unitat d'estudi és d'una situació a la seva recurrència, si és que aquesta es produeix. Això implica que l'escala té que funcionar amb la mateixa eficàcia en predir del segon al tercer episodi, com de l'episodi 30 al 31. Un dels objectius primordials de Kreitman i Foster (1991) va ser obtenir escales predictives que fossin estables a través del temps.

Parasuïcidi és una de les causes més comuns d'admissió a les sales de medicina a la Gran Bretanya durant les passades tres dècades, donat un total esgarrifador de 100.000 casos anuals (Appleby i Warner, 1993).

D'aquests, com a mínim un terç afirmen que han portat a terme un altre episodi parasuïcida, i d'un 15 a 25% repetiran aquest comportament durant els propers tres mesos (Buglass i Horton, 1974b; Morgan i col., 1976; Bancroft i Marzack, 1977; Appleby i Warner, 1993). Així, l'impacte dels comportaments parasuïcides en salut pública no pot ser menyspreat: la càrrega en els serveis d'urgències, serveis de Medicina interna i psiquiatria és considerable (Pallis i col., 1975) i el risc de suïcidi pot arribar a ser alt (Rygnestad, 1988).

El primer esglaó en intervencions preventives és el reconeixement d'aquells i aquelles amb un risc alt de repetició. Malauradament, dels molts estudis de parasuïcidi, només una minoria s'han centrat en les repetidores.

Kreitman i Casey (1988) van identificar correlacions psicosocials a tres cohorts anuals de parasuïcides, comparant aquells amb una història de cinc o més episodis parasuïcides (gran repetidores o repetidores majors), de 2 a 4 episodis (repetidores menors) i aquelles que es presenten per primera vegada. Kreitman i Casey varen trobar que repetició de 5 o més episodis parasuïcides es trobava associat amb diverses variables:

- a) demogràfiques: divorciat o separat, classe social baixa (V), viure sol, i atur.
- b) història psiquiàtrica: contacte psiquiàtric en el passat {recentment confirmat per l'equip d'en Goldston (Goldston i col., 1998) a una unitat de Psiquiatria de l'Adolescència, especialment pel que fa a trastorns de l'estat d'ànim}, abús de drogues o alcohol, comportaments parasuïcides anteriors, tant en la persona, com a familiars.
- c) comportament: història de violència o de criminalitat.

Altres estudis han pres una direcció diferent, centrant-se en l'examen de les actituds i els mecanismes per sortir-se'n d'una mostra de parasuïcides que repeteixen el seu comportament. L'equip d'en Kurz (Kurz i col., 1987) varen diferenciar tres grups en una anàlisi de grups d'una mostra gran de parasuïcides. Tot i que les repetidores es trobaren distribuïdes en tots tres grups, un grup semblava correspondre a les repetidores definides epidemiològicament per l'estudi de Kreitman i Casey (1988). Aquest grup consistia d'homes joves amb una llarga història d'episodis parasuïcides, premeditació suïcida, un nivell molt alt d'hostilitat, i un diagnòstic de trastorn de la personalitat. Aquest grup era tres vegades més probable de repetir.

Sakinofsky i col. (1990) varen presentar resultats similars i afegiren que la

repetició no es trobava associada a la impossibilitat de resoldre l'estrès social inicial, sinó que amb la gravetat percebuda i amb la hostilitat persistent dirigida cap a l'exterior.

Més recentment, Taylor i col. (1994) varen examinar les diferències entre dos grups de pacients parasuicides: primerencs ("*first timers*") i pacients admesos amb una sobredosi que havien pres, com a mínim, una altra sobredosi de medicaments en el passat ("*repeaters*"). Els dos grups de pacients van estar comparats per factors que coneixem incrementen el risc de parasuïcidi, així com per l'experiència d'abús sexual en el passat, i símptomes de trastorn d'estrès posttraumàtic. D'un total de 100 pacients entrevistats, set (15%) dels primerencs donaren una història d'abús sexual i es queixaren d'una mitjana de 0.55 símptomes de trastorn de l'estrès posttraumàtic. Entre els repetidors i repetidores, 28 (53%) donaren una història d'abús sexual i es queixaren d'una mitjana de 1.84 símptomes de trastorn de l'estrès posttraumàtic. Ambdós resultats eren estadísticament significatius a $p < 0.001$.

En el nostre estudi, les dones (fossin del grup de les sobredosis o del grup control) varen ser preguntades si s'havien pres sobredosis en el passat, i si fos així, quantes. D'acord amb aquesta informació, varen ser dividides en tres grups (Kreitman & Casey, 1988): primer intent, repetidora menor (2-4 episodis) i gran repetidora (5 o més episodis). També els hi vàrem preguntar per incidents de conductes autolesives intencionades, que va ser descrita com una lesió intencionada d'un mateix, sense importar la intenció aparent de l'acte (Hawton, 1996). Incloua tallar-se, rascar-se fins a fer-se mal, donar-se cops, petades, etc. Les respostes també varen ser dividides en les mateixes tres categories per freqüència de repetició.

9. La Importància de la Impotència

Aquesta secció investigarà si impotència (*powerlessness*) és al parasuïcidi, de la mateixa manera que la desesperació (*hopelessness*) és al suïcidi. Si la impotència és el factor que diferencia el parasuïcidi com a grup, tal i com la desesperació caracteritza als suïcides, això representarà un pas endavant per entendre l'enigma dels comportaments parasuïcides.

L'equip d'en Keith Hawton (Hawton i col., 1978), van ser pioners en descriure la diferència entre "raons instrumentals i expressives".

Les raons expressives explicarien les sobredosis com el resultat de les circumstàncies i els sentiments associats en els moments que precedeixen a l'acte. Les raons expressives poden ser degudes als altres; a un accident (atzar o a un ser sobrenatural); o a un mateix. Per altra banda, aquestes raons expressives poden estar relacionades a situacions; a sentiments o emocions; o a pensaments, idees, imatges, paraules, frases, memòries o somnis. Així doncs, formant una complicada matriu de tres per tres que ens ofereix nou opcions possibles de raons:

Matriu de les raons expressives dels comportaments parasuïcides (construïda mitjançant el text de Hawton i col., 1978)

Relació ← Degudes a	Situacions	Sentiments	Pensaments
Altres			
Atzar			
Un mateix			

Per un altre cantó, les raons instrumentals són explicades com les conseqüències desitjades de l'acte, per exemple, voler morir. Les raons instrumentals poden, tot sovint, ser interpretades en termes de poder o impotència.

La hipòtesi és que normalment la gent té raons alhora expressives i instrumentals. Les raons expressives que he donat (un mateix, altres i atzar) és possible que es trobin relacionades amb el Locus de Control (un mateix, altres, atzar), i, per tant, amb el poder o impotència de les raons instrumentals.

Hi ha molt poca recerca en voltant de la dimensió "poderós - impotent" a les publicacions en voltant del parasuïcidi i del dany deliberat en contra d'un mateix (*deliberate self-harm*). Malgrat tot, Lorenz (1992), va puntualitzar la seva importància, i va suggerir que algunes de les variables sociodemogràfiques que són importants en el grup parasuïcida, per exemple l'atur, podrien estar mediatitzades per la influència dels sentiments d'impotència.

Briere i Runtz (1986) van suggerir que la impotència de la víctima porta a la

desesperació apresada (*learned helplessness*) (Walker, 1978). Això vol dir que la víctima es incapacita de funcionar amb estrès, i acaba prenent-se una sobredosi. Aquest concepte de l'impotència ha rebut més atenció des del camp de l'abús. Així, Finkelhor i Browne (1986) varen proposar un model per explicar els efectes inicials i a llarg termini de l'abús, en el que la impotència és considerada com un dels quatre factors causants de trauma o de la dinàmica traumagènica.

Per demostrar que la impotència és a parasuïcidi el que la que desesperació és al suïcidi, cal demostrar la existència de dues poblacions diferenciades. Si la impotència i la desesperació fossin variables independents, aleshores ens podríem plantejar la hipòtesi de què un individu determinat podria pertànyer a les dues poblacions de manera simultània:

		Mida d'Impotència	
		Alta	Baixa
Mida de	Alta	Els dos grups	Grup de Suïcidi
Desesperació	Baixa	Grup de Parasuïcidi	Cap grup

En realitat, la situació és un xic més complicada ja que aquests conceptes no són del tot independents, ja que la majoria dels que es troben desesperats, també es sentiran impotents, tot i que el contrari pot ser que no sigui veritat. Així, en planificar un estudi, caldrà que tant la mida de Desesperació, com la d'Impotència, siguin mesures d'estat.

Les mides que varem utilitzar, i que seran desenvolupades a la secció de mètodes, i en la seva integritat a l'Apèndix II, varen ser:

- a) L'Escala de Desesperació de Beck (Beck i col., 1974; Beck i Steer, 1988) va estar utilitzada com la mida d'estat de desesperança.
- b) L'Escala d'Intent de Suïcidi de Beck (Beck i col., 1974) es va utilitzar com una mida d'intent de suïcidi. Un intent de suïcidi alt es troba relacionat a desesperació, mentre que hipotetitzem que un intent de suïcidi baix estaria relacionat a impotència.
- c) L'Escala V de Maquiavelianisme (*The Machiavellianism V Scale*; Christie i Geis, 1970), que és una mesura validada de caràcter que valora el nivell poder interpersonal. Aquest és un concepte lligat a la manipulació, que es considera una característica associada amb el grup parasuïcida.
- d) L'Escala del Locus de Control (LOC) Multidimensional (Levenson, 1973, 1981), també és una mesura de poder (LOC intern) i impotència (LOC extern degut a l'atzar o a altres persones). Les mides d'impotència (*trait powerlessness*) són: (a) un Locus de Control extern alt, i (b) un Maquiavelisme baix.
- e) La versió bipolar del Perfil dels Estats d'Ànim (*POMS-BI*, Lorr i McNair, 1988) va estar escollida per proveir una mida d'estat d'impotència, per damunt de l'estat d'ànim.

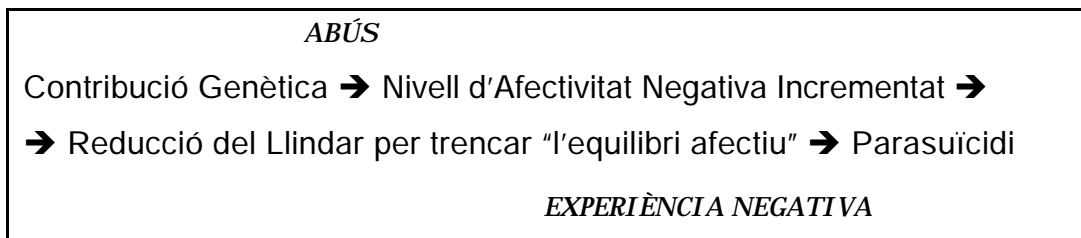
Tot i que normalment els estats d'ànim positius i negatius són completament independents (Warr i col., 1983; Watson i Clark, 1984; Tellegen, 1985), sabem que a nivells alts d'afectivitat negativa, es troben íntimament correlacionats (Diener i Emmons, 1985; Diener i Iran-Nejad, 1986; Watson, 1988).

Així, podem proposar que els pacients parasuïcides arriben a un estat en el que els afectes positius i negatius es troben relacionats, perdent l'equilibri

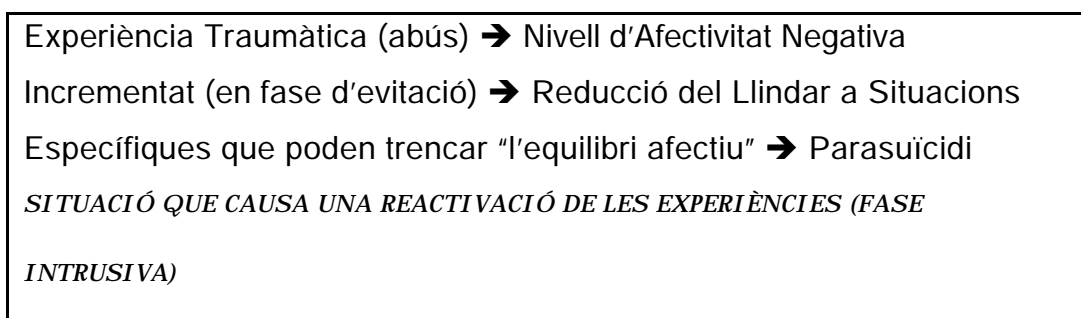
estabilitzador que en condicions normals proporciona que els afectes positius i negatius no es trobin relacionats. En perdre aquest equilibri, l'afecte negatiu és potenciat, i això podria explicar el perquè els pacients parasuicides, en el moment de l'acte, volen morir, però en quan l'equilibri entre els afectes positiu i negatiu es recupera, volen tornar a viure, i descriuen sentir ridícul per haver pres la sobredosi.

- f) Les mides d'abús físic, sexual i psicològic quantifiquen un tipus d'experiència de la vida (*life event*). Es creu que les experiències d'abús en el passat porten a un increment de l'afectivitat negativa, una mena de disposició a experimentar estats emocionals aversius (Watson i Clark, 1984).

L'afectivitat negativa és possible que porti a una vulnerabilitat per una alteració de l'equilibri entre els afectes positiu i negatiu, i d'aquesta manera predisposant a una crisi parasuïcida:



Per altra banda, podríem basar un segon model en les teories de l'estrès postraumàtic:



Tenim, però, problemes amb els dos models: Seguint el primer model, prediríem que molta gent amb nivells més alts dels normals d'afectivitat negativa mostrarien comportaments parasuicides en resposta a una experiència negativa. De fet, la majoria de la gent amb afectivitat negativa alta no ho fa, suggerint que aquest model no presenta l'especificitat necessària.

En el segon model, prediríem que només gent amb Trastorn d'Estrès Postraumàtic que han estat exposats al factor precipitant escaient mostraran una conducta parasuïcida. De fet, la gran majoria dels (de les) que presenten comportaments parasuicides no pateixen un Trastorn d'Estrès Postraumàtic. Així, semblaria que aquest model és massa específic.

Una lectura positiva seria el afirmar que ambdós models tenen l'avantatge d'utilitzar el concepte d'afectar l'equilibri afectiu que porta a una crisi emocional i a una predisposició als comportaments parasuicides. L'avantatge d'aquest model és que explicaria que la gran majoria d'aquells que es prenen una sobredosi volen morir en el moment de prendre-se-la, però han canviat d'opinió degut a una restauració del seu equilibri afectiu. Això pot donar-se mitjançant diversos mecanismes, per exemple una revaluació del que és important després d'una sobredosi, o podria ser que fos un fenomen intrínsec a la mateixa sobredosi.

La sobredosi podria ser un acte de poder i control davant la impotència a afrontar la vida en general. Aquesta mateixa experiència podria

produir la situació afectiva positiva, o podria mobilitzar a altres persones degut a la potencia impressionística de l'acte en els ulls dels altres. Així, proposo un tercer model que no és ni massa general, ni massa específic, en un intent d'identificar un procés que podria explicar el misteri de les conductes parasuicides. Els coneixements actuals suggereixen que les experiències d'abús (o la negligència i les experiències traumàtiques no abusives) porten tot sovint a un estat afectiu negatiu, en el que la mort és considerada com a una opció possible. La mort és considerada com una escapatòria de les experiències que s'estan patint, sobre les que es té poc o cap control. És aquest sentiment d'impotència el que es recapitula mitjançant la situació actual, fins i tot sense recordar exactament les experiències prèvies d'abús, i sense cap precipitant relacionat a aquelles passades experiències. Així, suggereixo que davant la presència de situacions que porten a un sentiment d'impotència, la consideració de la mort com a una possible sortida pren una posició afavorida. Si aleshores l'equilibri afectiu es perd, els sentiments d'impotència es potencien degut a la frustració davant del seu estat d'ànim tant variable. D'aquesta manera, l'opció de la mort com a sortida es podria posar en pràctica fàcilment:

<p>Experiència Traumàtica causant un sentiment d'impotència → Reducció del Llindar per considerar la Mort com a opció → Sentiments <i>SITUACIÓ QUE CAUSA UN SENTIMENT D'IMPOTÈNCIA</i> d'Impotència o de nivell d'Afectivitat Negativa en voltant a experiències passades → Trencament de l'Equilibri Afectiu → Parasuicidi <i>ACCENTUACIÓ DELS SENTIMENTS D'IMPOTÈNCIA</i></p>
--

En aquest model, les experiències afectives degudes a situacions negatives de la vida diària s'agrupen d'una manera dissociada de la seva causa original, precipitada en tornar a experimentar el sentiment d'impotència que també havia estat sofert durant els traumes originals. Walker i col. (1992) varen suggerir un procés similar en adonar-se que les dones amb dolor crònic de la pelvis presentaven una probabilitat més alta d'haver patit abús de tipus sexual, i va suggerir que el dolor havia estat associat amb aquest abús. La troballa d'una associació d'aquesta mena té, per suposat, implicacions clares de cara al tractament.

- g) Les Escales de les Situacions de la Vida Diària (*Life Events Scales*) de Tennant i Andrews (1976, 1977) i Paykel (1969, 1975), poden ser utilitzades com a test parcial per aquest model, proveint-nos amb una mida indirecta d'impotència.

Sabem que l'afecte negatiu es troba relacionat amb situacions desagradables, però no amb experiències agradables, i de manera similar, l'afecte positiu es troba relacionat a situacions agradables, però no a les desagradables (Clark i Watson, 1988). Així, situacions negatives de la vida diària és possible que siguin importants en afectar l'estat d'ànim i portar als pacients parasuicides cap al llindar a on es perd l'equilibri entre els afectes positiu i negatiu.

Tot i que les escales d'autocomplexió de situacions de la vida diària són metodològicament instruments no massa robusts degut a la seva pobre consistència quan els utilitzem amb individus concrets, els seus

resultats són similars als obtinguts amb la *Bedford College Life Events and Difficulties Schedule* (Brown, 1974) quan el que valorem és una població (Katschnig, 1986). Això ens suggereix que les escales d'autocomplexió són vàlides quan les utilitzem d'aquesta manera.

L'avantatge de l'Escala de Tennant i Andrews (1976, 1977) és que obtenim unitats d'estrès (a més a més de les unitats de canvi de vida) per cada tipus de situació, amb resultats referents a la contribució d'un mateix, dels altres, i de l'atzar. Aquestes tres categories es corresponen amb aquelles de les escales del Locus de Control (LOC) Multidimensional de Levenson (1973, 1981): un mateix, altres poderosos, i, l'atzar. L'Escala de Situacions de la Vida de Paykel (1969) és molt semblant a la de Tennant i Andrews, però té l'avantatge d'haver-se utilitzat per el grup parasuïcida (Paykel i col., 1975), i de dividir les situacions en diverses categories, per exemple, desitjable/indesitjable, controlat/sense control, intensitat de l'empipament, àrea d'activitat, i canvis en els camps socials.

Recerca prèvia ens ha confirmat que les situacions de la vida diària augmenten durant els sis mesos abans d'una sobredosi de medicaments (Paykel i col., 1975; Katschnig, 1986) i prediríem que aquest increment seria major per les situacions per les que els pacients es troben impotents. Brown i Siegel (1988) varen mostrar que el estat d'ànim depressiu en gent normal es dona només quan els efectes negatius són atribuïts internament i a causes fora del nostre control, però no quan són atribuïts externament i a causes sota el nostre control. Això suggereix que les situacions en voltant d'un mateix

que causen estrès serien les que tindrien la major influència de causar un afecte negatiu. Serien aquesta mena de situacions les que predic que causarien la sensació més acusada d' impotència. Situacions lligades a les relacions personals, i impotència dintre d'aquestes, també serien altament significatives.

- h) Pacients mostrant comportaments parasuicides 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, demostra la presència d'una dissociació entre les situacions abusives del passat, i les emocions experimentades en el present.

Així, en aquest apartat dedicat a l'impotència, intentarem clarificar cinc temes, fins a cert punt relacionats:

1.- Es troben les experiències d'abús sexual en el passat associades amb nivells significativament més alts d'impotència i psicopatologia?

Les mides d'impotència (*trait powerlessness*) són: (a) un Locus de Control Extern alt, i (b) un Maquiavelisme baix.

Perquè això és important?

(a) Hi ha una mancança d'estudis que mostrin un locus de control extern alt en adults que han estat abusats sexualment. Hi ha varis estudis que mostren això en adolescents.

(b) Cap estudi ha examinat locus de control intern i extern de manera

independent (de la mateixa manera que l'escala del Locus de Control de Levenson fa). Altres escales utilitzen una mesura unidimensional en les que un valor alt en locus de control extern és el mateix que un valor baix en el locus de control intern. Les pacients abusades poden, alhora, presentar valors alts tant en locus de control intern, com en locus de control extern, de manera que aquesta diferenciació pot ser que sigui molt important.

(c) Cap estudi ha examinat el valor de Maquiavelisme en abus.

2.- Són les mides d'estat d'impotència i psicopatologia associades a experiències d'abús sexual en el passat?

Mides d'impotència d'estat:

- a) Com d'impotent les dones es sentien justament abans de perdre's una sobredosi?
- b) Unitats d'angoixa de l'escala de situacions de la vida diària. Subescales d'un mateix, dels altres i de l'atzar.

Mides de psicopatologia d'estat:

- a) Escala de Desesperació
- b) Desesperació justament abans de la sobredosi medicamentosa.
- c) Resultat del *GHQ* (puntuació estàndard).
- d) POMS – afectivitat negativa (dimensió composat-angoixat).

Perquè això és important?

- a) Perquè demostraria una connexió entre l'estat de les emocions en el present i una història prèvia d'abús sexual (tot i que les pacients no haguessin pensat de les seves experiències d'abús durant el moment de la sobredosi).

b) Això no s'ha investigat amb anterioritat.

3.- Les persones que han estat abusades sexualment, tenen valors de Locus de Control (*LOC*) Intern alts?

La majoria de les mesures de *LOC són unidimensionals*. La mida multidimensional de Levenson ha mostrat que un locus de control intern (mida de poder) és estadísticament independent del locus de control extern (mida d'impotència).

Hi han raons diverses per explicar el perquè persones que han estat abusades a l'infantesa podrien tenir un locus de control intern alt:

- a) Podrien haver desenvolupat mecanismes (potser percebuts per la resta del món com de caire manipulatiu) per obtenir el que volen, quan els mitjans normals no funcionen. De manera que trobaríem valors de Maquiavelisme alts, i valors de Locus de Control interns alts.
- b) Tot sovint es senten responsables per el seu abús, perquè creuen 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.
- c) 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 -*Profile of Mood States, POMS-BI* (Lorr & McNair, 1984), i uns valors alts d'impotència i desesperança.

Perquè això és important i útil?

Perquè ningú abans ha demostrat que les persones que han estat abusades sexualment tenen alhora valors alts de *LOC* interns i externs, és a dir, que es

senten alhora poderosos i impotents.

4.- Són els individus amb un nivell alt d'impotència més sensitius a situacions de la vida diària que fan referència a ells mateixos, als altres, o a l'atzar?

Diversos autors han demostrat que un estat d'ànim depressiu es dona quan situacions de la vida diària negatives són atribuïdes a causes alhora internes i fora del seu control. Això suggereix que situacions problemàtiques relacionades amb un mateix podrien estar associades amb una sobredosi medicamentosa. Malgrat tot, les persones abusades podrien també ser particularment sensibles a situacions causades per altres poderosos i per l'atzar, donat que l'abús és tot sovint vist com impossible de predir i sense cap raó que l'expliqui. Així, aquesta mena de situacions podrien causar nivells alts d'impotència d'estat.

Per testar aquesta hipòtesi esperaríem que el valor de la mitjana de situacions atribuïdes a altres poderosos és més alt que el valor de la mitjana de les situacions atribuïdes a l'atzar, i alhora aquest seria més alt que el valor mitjà de les situacions atribuïdes a un mateix. Aquest podria ser el cas, especialment per persones que han estat abusades sexualment, i en aquelles amb valors alts d'impotència i valors baixos de desesperança (i podria ser que no fos així en aquelles amb valors alts tant d'impotència com de desesperança).

Perquè això és important i útil?

Perquè podríem mostrar per primera vegada que les persones 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.

5.- Tenim evidència que el "balanç afectiu" es troba afectat en el moment de la sobredosi?

En individus normals els estat d'ànim positius i negatius són independents, és a dir, no relacionats. Això podria interpretar-se com tenint un efecte d'equilibri, és a dir, tot i que l'afecte negatiu és alt, l'afecte positiu pot ser que sigui normal.

No va ser fins a la segona meitat de la dècada dels vuitanta, que diversos autors van, per primer cop, advertir que quan l'estat d'ànim negatiu (afecte negatiu) és molt alt, els estats d'ànim (afectes) negatiu i positiu esdevenen correlacionats (Diener i Emmons, 1985; Diener i Iran-Nejat, 1986; Watson, 1988).

La hipòtesi és que aquest equilibri es perd en el moment de la sobredosi, com a resultat de l'angoixa deguda als sentiments de l'estat d'impotència.

Aquesta hipòtesi podria ser investigada mitjançant:

- a) La comparació 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*). Per validar la hipòtesi aquests es trobarien estadísticament correlacionats.
- b) La correlació de l'estat d'ànim negatiu (*POMS*) amb les mides d'estat d'impotència (escala de situacions de la vida diària, unitats d'angoixa, i com d'impotent es sentien justament abans de la sobredosi).

Perquè això és important o d'utilitat?

En confirmar aquestes correlacions, de fet, estem il·luminant el procés que precipita la sobredosi medicamentosa. El que significaria 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.

9. Efectes Específics de l'Abús

Una revisió de la literatura revela que diversos estudis han trobat una relació entre abús sexual a l'infantesa i comportaments parasuicides.

Briere i Zaidi (1989) varen estudiar un grup de dones no-psicòtiques que havien estat examinades per un psiquiatra a urgències, i trobaren que un 66% de les dones amb una història d'abús sexual a l'infantesa presentaren una història d'intents de suïcidi, comparat amb un 33% del grup control de dones no abusades.

Draijer (1990) va entrevistar una mostra aleatòria de 1054 dones d'edats entre 20 i 40 anys. Va trobar que un 14% de les dones que tingueren una història d'abús sexual incestuós a l'infantesa, comparat amb un 4% de les controls, havien "intentat suïcidar-se" en algun moment de la seva vida. A més, a més, un 70% del grup de les abusades, per un 42% de les controls admeteren a haver tingut pensaments suïcides.

Més recentment, Van Egmond i col. (1993) varen trobar que d'una mostra de 158 dones que s'havien presentat als serveis de Salut Mental després d'un comportament parasuïcida, les que havien estat abusades sexualment, en seguir-les al cap de 12 mesos, presentaven més problemes sexuals seriosos que les que no havien estat abusades sexualment. A més, a més, aquest mateix estudi va descriure que durant aquests 12 mesos de seguiment, no hi havien diferències significatives entre les que havien estat abusades sexualment i les que no ho havien estat pel que fa a comportament suïcida letal, és a dir, que va acabar en mort (3 de les dones que havien estat abusades i 2 de les que no havien estat abusades).

Els qüestionaris utilitzats en aquest treball de tesi doctoral es troben descrits de manera detallada a l'Apèndix I, però com a orientació de les Mesures utilitzades en intentar contestar preguntes referents als efectes específics de l'abús trobem:

- I. Mesures de l'Estat Sexual
 - A. El Inventari de Satisfacció Sexual de Golombok Rust (Rust i Golombok, 1986), que dona un nombre de valors: Total, baixa freqüència, manca de comunicació, manca de satisfacció, manca de sensualitat, vaginisme, i anorgàsmia.
 - B. L'Escales de Sexualitat (Snell i Papini, 1989; Snell i col., 1992), que té tres sub-escales: estima sexual, depressió sexual, i preocupació sexual.
- II. Mesures de l'Estat Físic
 - A. La sub-escala de Somatització de la Llista de Síntomes (*The Symptom Checklist, SCL-90-R*, Derogatis, 1983).
 - B. L'Índex d'Hipocondriasi de Whitley (Pillowsky i Spence, 1983).
 - C. Vàrem preguntar a les pacients sobre altres Conductes Autolesives Intencionades, a part de les sobredosis medicamentoses, per exemple tallar-se, etc. La meva hipòtesis és que aquestes es trobaran relacionades amb els abusos físic i sexual.
- III. Mesures de l'Estat Psicològic
 - A. L'Escales d'Alexitímia de Toronto (*The Toronto Alexithymia Scale*, Taylor i col., 1985).
 - B. L'Escales d'Experiències Dissociatives (Bernstein i Putman, 1986).

- C. L'Índex d'Ansietat-Sensitivitat de Reiss-Epstein-Gursky (Reiss i col., 1986; Peterson i Reiss, 1993), que és una mida del temor al temor, expressat en símptomes d'ansietat.
- D. L'Escala d'Ansietat a la Mort (*The Death Anxiety Scale*; Templar, 1970).
- E. El Qüestionari Auto-estima de Robson (Robson, 1989).

Dins del camp de la Psiquiatria Infantil, està plenament acceptat que l'abús sexual a l'infant pot portar a què aquest presenti un comportament amb clares connotacions sexuals. Entre adults que han estat abusats sexualment durant la seva infància, l'evidència de problemes d'ajustament sexual va estar revisada extensament per els equips d'en Cahill (Cahill i col., 1991), i d'en Beitchman (Beitchman i col., 1992). Tenint en compte la simplicitat d'aquest raonament, resulta estrany el descobrir que la idea que l'abús psicològic i el maltractament físic porten a símptomes psicològics i físics específics, no ha estat suggerida fins ara.

Si fos possible trobar individus que hagin estat abusats únicament mitjançant maltractament físic, exclusivament patint abús de tipus sexual o psicològic, i trobéssim mides pures dels estats físic, sexual i psicològic, aleshores podríem hipotetitzar que només es patirien símptomes lligats al tipus d'abús sofert.

De fet, la majoria dels abusos sexuals involucren cert grau d'abús físic (en el sentit que porta contacte físic, no necessàriament la utilització de força), i tant l'abús físic com el sexual normalment van de la mà d'un cert grau d'abús psicològic (Secció III d'aquesta tesi: Figura 1, Coll i col., 1998 -plana 299-).

Així, sembla molt probable que les mesures dels estats físic, sexual i psicològic

no siguin pures, i presentin una certa gradació pel que fa a la seva especificitat.

Una possible gradació seria:

Mesures d'Estat Sexual > Mesures d'Estat Físic > Mesures d'Estat Psicològic

Això vol dir que com menys específica es la mida, més general (englobant els tres tipus d'experiències abusives) és l'efecte que estem mesurant. Així, per exemple:

	Efecte Específic	Efecte General
Mesura d'Estat Sexual	Gran	Petit
Mesura d'Estat Físic	Moderat	Moderat
Mesura d'Estat Psicològic	Petit	Gran

En aquest treball ens preguntarem si el tipus d'abús està relacionat amb determinats tipus de símptomes, per exemple, abús sexual causant un increment específic en símptomes de caire sexual, abús físic un increment en símptomes físics, etc.

Una anàlisi de regressió va ser utilitzada per separar els efectes dels diferents tipus d'abús, cercant per interaccions.

10. Investigant l'Ambient Familiar

Els cinc primers estudis que investigaren si l'ambient familiar podia arribar a explicar els símptomes que presenten algunes de les persones que han estat abusades varen presentar resultats una mica contradictoris. Quatre estudis (Finkelhor, 1984; Peters, 1984; Bagley i McDonald, 1984, i Bagley i Ramsay, 1985) trobaren que l'abús predeia el funcionament general de la persona a llarg termini, una vegada variacions degudes a l'ambient familiar s'haguessin eliminat mitjançant procediments de parcialització. Per altra banda, un estudi (Fromuth, 1986) va produir resultats negatius. En tot això, Briere (1988) va criticar la manera en la que el mètode de parcialització va ser utilitzat en aquests estudis. A més, a més, tots aquests estudis utilitzaren instruments de variables familiars sense, o amb molt pobre, validació.

En aquest estudi hem utilitzat els instruments següents per mesurar variables de l'ambient familiar, que seran desenvolupats dins de la secció de mètodes:

- A. L'Instrument del Lligam als Pares (*Parental Bonding Instrument, PBI*; Parker i col., 1979) com a mesura de l'ambient familiar. Aquest va ser escollit en ser breu, consistent, i d'una validesa estadísticament establerta (Parker, 1983).
- B. L'Inventari d'Expressió de la Rauxa (*Anger Expression Inventory, AXI*), com a mida de la expressió emocional. L'*AXI* és un component del *State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*, Spielberger i col., 1979; Spielberger, 1991).
- C. L'Escala V de Maquiavelianisme (*The Machiavellianism V Scale*; Christie

i Geis, 1970), que és una mesura validada de poder interpersonal.

Aquest és un concepte lligat a la manipulació, que es considera una característica associada amb el grup parasuïcida.

- D. L'Escala del Locus de Control (LOC) Multidimensional (Levenson, 1973, 1981), que és una mesura de poder (LOC intern) i impotència (LOC extern degut als altres o a l'atzar).

ARTICLES ORIGINALS

La relació entre abús sexual a l'infantesa i comportaments parasuicides

- 1 COLL X., LAW F. (1994). Abuse experiences in those admitted to hospital following an overdose. Presentació oral a Cork (Irlanda del Sud) al Meeting Anual del Royal College de Psiquiatres d' Anglaterra: Suplement d'abstractes del *Psychiatric Bulletin*, plana 16.
- 2 LAW F., COLL X. (1994). Containing the uncontainable. A new comprehensive model for the treatment of adults abused in childhood. Presentació a Cork al Meeting Anual del Royal College de Psiquiatres d' Anglaterra: Suplement d'abstractes del *Psychiatric Bulletin*, plana 90.
- 3 COLL X. (1996). Child Sexual Abuse in women who take Overdoses: Prevalence, Severity and Associations. Presentació oral a la Conferència Anual del 1996 (19-21 Setembre) de la Secció de Psiquiatria Infantil i Juvenil del Royal College of Psiquiatres d'Anglaterra. Llibre d'*Abstractes*, plana 18.
- 4 COLL X. (1997). Suicide and Deliberate Self-Harm. A: Hooper C. and Thompson, M. (eds). *Behaviour Problems in School Age Children*, planes 56-62. Southampton Community Health Services NHS Trust.
- 5 COLL X. (1997). Behaviour problems in school age children who are or have been victims of sexual abuse. A: Hooper C. and Thompson, M. (eds). *Behaviour Problems in School Age Children*, planes 125-128. Southampton Community Health Services NHS Trust.
- 6 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: 291-306.
- 7 LAW, F., COLL, X., TOBIAS, A., HAWTON, K. (1998). Child Sexual Abuse in women who take overdoses: II. Risk factors and associations. *Archives of Suicide Research*, 4: 307-327.
- 8 COLL, X., LAW, F., TOBIAS, A., HAWTON, K. TOMÀS, J. (1999). Abuso Sexual en la infancia en mujeres admitidas en un hospital general después de tomar una sobredosis de fármacos. Presentació Oral a la

Tesi Doctoral
Articles Originals

- 36ena Reunió de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Salamanca, 7-8 Maig de 1999. *Llibre de Ponències i Comunicacions*, 119-120.
- 9 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.
- 10 COLL, X., LAW, F., TOBIAS, A., HAWTON, K. TOMÀS, J. (2000). Relación entre Abuso Sexual en la Infancia y Sogreingesta Medicamentosa en edad adulta. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 2: 74-86.
- 11 COLL X. (en prensa). Síndrome de la Memoria Falsa. A: Tomàs J, Pedreira J, i Coll X (eds). *Indicaciones Terapeúticas en Paidopsiquiatría*. Barcelona.
- 12 COLL X. (en prensa). Ciclos de Abuso: Maltratos y Abuso Sexual. A: Tomàs J, Pedreira J, i Coll X (eds). *Indicaciones Terapeúticas en Paidopsiquiatría*. Barcelona.

OBJECTIUS

La finalitat primordial d'aquest treball és determinar la prevalença, severitat, i associacions dels abusos sexual, físic i emocional en dones ingressades a un hospital general després de prendre's una sobredosi de medicaments, utilitzant qüestionaris estandarditzats.

Les hipòtesis i objectius que em vaig plantejar varen ser:

1. Que les modificacions fetes en el disseny del qüestionari d'abús sexual portarien a trobar proporcions altes d'experiències d'abús, de manera que els valors s'aproparien a aquells obtinguts en els estudis utilitzant entrevistes estructurades.
2. Que les mides de severitat de les experiències d'abús, estarien relacionades amb la freqüència de les sobredosis medicamentoses i d'altres conductes auto-lesives.
3. Que hi hauria una relació entre la severitat dels tres tipus d'abús.
4. Que la severitat de l'abús, indicada per els valors de severitat dels qüestionaris i per la presència d'abús de tipus intrafamiliar, prediria el que en un futur es produïssin sobredosis de medicaments o conductes autolesives intencionades.
5. Que les variables relacionades amb la severitat de l'abús, també tindrien la capacitat de predir els comportaments parasuïcides.
6. L'abús tindria una influència independent contribuint a les conductes autolesives, fins i tot després de que hàgim tingut en compte el nivell de psicopatologia.

7. Investigar la prevalença de l'abús entre nens i adolescents, l'anomenat *peer abuse* o abús entre companys.
8. Que la prevalença d'abús sexual, psicològic o maltractaments físics en dones admeses a un hospital general després d'una sobredosi medicamentosa intencionada, era major que la d'un grup control aparellat de pacients admeses en el mateix centre per altres causes.
9. Que dos problemes comuns en pacients ingressades (experiència d'abús sexual de contacte i una sobredosi de fàrmacs), es donen plegats amb major freqüència que la que seria predita en base a l'atzar. Això es va fer després de que controléssim per sexe, edat, origen ètnic, estat matrimonial, classe social, i àrea geogràfica de residència.
10. Que les dones que havien portat a terme comportaments parasuïcides de manera repetida presentarien una prevalença d'abusos significativament més alta que les que no presentaven aquests comportaments, bé en forma de conductes autolesives intencionades, o bé en forma de sobredosis medicamentoses.

11. Consideració de cinc aspectes relacionats amb els sentiments

d'impotència:

- a) ¿Es troben les experiències d'abús sexual en el passat associades amb nivells significativament més alts d'impotència (*powerlessness*) i psicopatologia?
- b) ¿Estan les mides d'estat d'impotència i psicopatologia, associades a experiències d'abús sexual en el passat?
- c) ¿Presenten, les dones que han estat abusades sexualment, una tendència a entendre les coses que els passen com a una conseqüència de les seves pròpies accions (valors alts de Locus de Control, *LOC*, intern), o creuen que han estat determinades per l'atzar o per altres persones en una posició de poder (valors alts de Locus de Control, *LOC*, extern)?
- d) ¿Són els individus amb un nivell alt d'impotència més sensitius a situacions de la vida diària que fan referència a ells mateixos, als altres, o a l'atzar?
- e) ¿Podem trobar evidència que el "balanç afectiu" es troba afectat en el moment de la sobredosi?

És a dir, intentem esbrinar si impotència és a parasuïcidi el que la desesperació (*hopelessness*) és al suïcidi. Si la impotència és el factor que diferencia parasuïcidi com a grup, de la mateixa manera que la desesperació caracteritza als suïcides, això representarà un pas endavant per entendre millor el misteri dels parasuïcidis.

12. Clarificar les conseqüències de patir determinades experiències d'abús. Aquí ens preguntàrem si el tipus d'abús està relacionat amb determinats tipus de símptomes, per exemple, abús sexual causant un increment específic en símptomes de caire sexual, abús físic un increment en símptomes físics, etc. La meva hipòtesis és que les Conductes Autolesives Intencionades es trobaran relacionades amb els abusos físic i sexual.
13. Finalment, una revisió profunda de la transició de víctima a autor d'abusos. Aquesta cerca portarà a la consideració dels estudis de supervivència i vulnerabilitat, i a un viatge cap al futur, identificant a on existeixen forats de coneixement dins dels camps del suïcidi, els comportaments parasuïcides i les experiències d'abús.

MÈTODES

La població estudiada varen ser dones que havien estat admeses, després de prendre's una sobredosi, a l'Hospital Royal United de Bath, Anglaterra, durant un any (entre Gener del 1992 i Gener del 1993), que tenien entre 18 i 50 anys, i que vivien a l'àrea coberta per l'hospital. Les dones van ser incloses només una vegada, sense importar quantes sobredosis s'havien pres durant el període esmentat. Varen ser excloses de l'estudi les que eren pacients a la sala de psiquiatria.

Les pacients van ser preguntades, el matí després de la seva admissió a l'Hospital, el que típicament representava de 3 a 5 hores abans de que fossin donades d'alta, si estarien disposades a participar en el projecte de recerca. Aquesta explicació i posterior consentiment va ser presentat de manera verbal i escrita. La informació que se'ls va donar posava èmfasi en el manteniment de la confidencialitat, que no es tractaria de corroborar cap dels detalls que ens donessin, i especificava que, si elles volien i el entrevistador (Xavier Coll o Fergus Law) ho considerava escaient, podrien ser referides per teràpia en voltant del material que es tractava en la recerca. Tot els adjunts de psiquiatria general en la àrea de cobertura de l'hospital es van comprometre a acceptar els pacients referits com a conseqüència d'aquest estudi.

Qualsevol dona que es trobava angoixada durant la xerrada o mentre emplenant els qüestionaris, va ser animada a continuar, a no ser que l'angoixa i fos moderada o severa. En aquests casos, eren aconsellades a no continuar i els entrevistadors passaven una estona amb elles fins que es tranquil·litzaren. Una vegada els qüestionaris eren completats, aquests eren revisats per el

entrevistador qui clarificava qualsevol pregunta o resposta sobre les que la dona tingues dubtes, alhora que oferint espai per poder expressar qualsevol sentiment o preocupació promoguts per la recerca. Aquest estudi va ser aprovat per els Comitès Ètics de Recerca de l'Hospital Royal United de Bath, i de les Universitats de Bristol i Oxford, a Anglaterra.

Fonts d'informació

Informació general i diagnosi psiquiàtric

Un qüestionari dissenyat per en Xavier Coll i en Fergus Law va ser utilitzat per recollir informació de les característiques socio-econòmiques, classe social per ocupació, i altre informació rellevant (estat marital, consum d'alcohol, historia forense). Els diagnosi psiquiàtrics (passat i present) varen ser codificats utilitzant ICD-10, mitjançant la entrevista psiquiàtrica de rutina que es realitza en aquests pacients.

Dany deliberat en contra d'un mateix

Dany deliberat en contra d'un mateix (*deliberate self-harm, DSH*) o conducta o comportament parasuïcida és un concepte que inclou el autoemmetzinament (auto-enverinament deliberat o sobredosi medicamentosa), i la autolesió deliberada (Hawton, 1996) o comportaments autolesius.

Una sobredosi medicamentosa ser definida com la ingestió deliberada de més de la dosi receptada o recomanada de productes , amb la intenció de fer-se mal a un mateix (Hawton, 1996). Les dones van ser preguntades si s'havien pres sobredosis en el passat, i d'acord amb aquesta informació, varen ser dividides

en tres grups (Kreitman & Casey, 1988): primer intent, repetidora menor (2-4 episodis) i gran repetidora (5 o més episodis).

També els hi vàrem preguntar per incidents d'auto-lesió deliberada, que va ser descrita com una auto-lesió intencionada, sense importar la intenció aparent de l'acte (Hawton, 1996). Incloua tallar-se, rascar-se fins a fer-se mal, donar-se cops, petades, etc. Les respostes també varen ser dividides en les mateixes tres categories utilitzades per la freqüència de repetició de les sobredosis.

Abús Sexual

Les experiències d'abús sexual varen ser mesurades amb el Qüestionari d'Experiències Sexuals (*Sexual Abuse Questionnaire, SAQ*; o *Cuestionario de Experiencias Sexuales*; Apèndix I), una versió modificada del *Sexual Life Events Inventory* (Oppenheimer et al., 1985), que és un qüestionari d'auto-compleció que té l'avantatge de no mencionar paraules com abús, molestar, o atac sexual. Les modificacions fetes, amb la intenció d'augmentar la seva sensibilitat (Briere, 1992; Wyatt & Peters, 1986), van ser: (1) incrementar i eixamplar el contingut de les preguntes sobre abús sexual, amb un augment en nombre de 13 a 50; (2) facilitar la descripció d'experiències d'abús sexual mitjançant la supressió d'un límit d'experiències d'abús que poden ser descrites; (3) eliminar el solament de preguntes; (4) dividir les experiències d'abús en 4 categories, depenent del grau de intrusió del contacte sexual descrit; (5) treure la opció de no contestar una pregunta determinada i, (6) augmentar el nombre de grups d'edats en les que l'abús es va produir de tres a quatre, mitjançant la inclusió d'un grup d'edat addicional (de 0 a 7 anys).

L'abús sexual va ser definit com qualsevol contacte sexual volgut o no volgut (o

intent de contacte) abans de l'edat de 13 anys, podent ser contacte físic, verbal o visual, en el que va existir una diferència de cinc anys entre abusada i abusador/a; o qualsevol contacte no desitjat, quan la víctima té 13 o més anys d'edat. L'edat de 13 anys va ser utilitzada com a punt de tall per examinar l'edat de consentiment, en lloc del límit legat dels 16 anys. Això es va fer seguint el treball de Wyatt (1985), i per adoptar un punt de vista més actualitzat de la capacitat dels adolescents actuals per entendre i anticipar les possibles conseqüències dels seus actes. Aquesta definició, que té un caire operacional, inclou abús sexual a l'infantesa i a l'edat adulta, violació, abús per part de la parella, i incest. Abús entre companys -*Peer abuse*- (una diferència d'edat menor als cinc anys) també va ser font de la nostra atenció, i requeria que les experiències fossin no volgudes (Russell, 1983), per tractar de diferenciar-l'ho de l'exploració de la sexualitat entre companys.

Les preguntes del Qüestionari d'Experiències Sexuals estaven dividides en quatre tipus majors, depenent del grau d'intrusivitat de l'abús sexual. Mesures de la gravetat en termes del grau d'intrusió van ser obtingudes sumant les experiències descrites en cada subgrup, en els diferents grups d'edat, o el nombre de persones si van patir la mateixa experiència amb més d'una persona. A més, a més, facilita una mida de la gravetat total sumant els resultats de les puntuacions per cadascun dels quatre tipus: verbal o gestual, visual, contacte físic sense penetració, i contacte físic amb penetració. Ara passarem a desenvolupar cadascun d'ells:

Sense-contacte

Experiències involucrant únicament parla o gestos. Aquí vàrem identificar 7

situacions. Aquestes anaven des d'una petició per fer quelcom de caire "sexual", fins a rebre telefonades obscenes, o escapar-se per els pèls de ser atacat sexualment per algú. Les puntuacions de gravetat anaven de 0 a 7 per cada grup d'edat., o de 0 a 28 per tots els grups d'edats plegats, si cada experiència només es va donar amb una persona concreta.

Experiències involucrant contacte visual de tipus sexual: 8 situacions, des de mirar fotos o pel·lícules, a observar l'acte sexual o algú mostrant els seus/les seves òrgans sexuals o parts del seu cos nu amb una connotació de tipus sexual. Les mides de gravetat varien de 0 a 8 per cada grup d'edat, o de 0 a 32 per totes les edats combinades, suposant que cada experiència només es va donar amb una persona en concret.

Amb Contacte

Experiències involucrant contacte físic sense penetració: 17 situacions, des de rebre o donar petons amb una connotació sexual, tocar, frotar-se, abraçar o tenir contacte amb els òrgans sexuals. Mesures de gravetat varien de 0 a 17 per cada grup d'edat o de 0 a 68 per tots els grups d'edat plegats, sempre i quan cada experiència s'hagi donat únicament amb una persona.

Experiències involucrant contacte físic amb penetració o intent de penetració. 18 situacions descrites, incloent des de penetració o intent de penetració de les cuixes, vagina, anus, o boca, utilitzant penis, dits, pits, objectes, o parts d'un animal. Aquí les mesures de gravetat varien de 0 a 18 per cada grup d'edat o de 0 a 72 per tots els grups d'edat plegats, sempre i quan cada experiència s'hagi donat únicament amb una persona.

Qualsevol resposta afirmativa a una d'aquestes experiències va ser codificat com

presència d'abús. Cap dels quatre tipus es poden considerar, a la nostra cultura, com una continuació de les experiències a les que els infants o la gent jove es veuen exposats. La excepció seria aquelles que representen un contacte visual, donada la influència dels medis de comunicació (imatges visuals a la televisió, revistes, diaris, o internet).

La informació escrita per les pacients va incloure definicions d'experiència sexual i penetració: una "experiència sexual" és definida com una experiència que la persona creu que tenia un caire, motivació o finalitat sexual, sense importar si la persona va reconèixer això mentre la experiència tenia lloc o després; "penetració" es referia a quelcom entrant un espai estret (entre les cuixes o part superior de les cames) o un orifici en el cos. Finalment, la relació entre abusador/a i la abusada també va ser registrada per el qüestionari.

Abús Físic i Psicològic

El grau d'abús físic i psicològic va ser definit operacionalment mitjançant els resultats en adaptacions de les Escales de Maltractament (*Maltreatment Scales*, Briere i Runtz, 1988). A diferència del qüestionari d'abús sexual, on qualsevol resposta positiva és indicativa d'abús, les escales d'abús físic i psicològic representen una continuació de les experiències normals. Aquestes escales també pateixen d'un cert nombre de problemes metodològics, com ara el tenir sub-escales que potencialment es podrien solapar entre elles mateixes, no cobrir de manera extensiva tot el ventall d'experiències d'abús, i no tenir un punt de tall reconegut per determinar quines experiències representen abús i quines no representen abús. Per aquesta raó, qualsevol resultat positiu en aquestes escales es refereix com abús en aquest estudi, considerant el resultat exacte

com una mida de la gravetat d'aquell abús.

L'escala d'abús físic, que té cinc ítems, pregunta amb quina freqüència algú et va donar bufetades (*slap*), donar cops de puny fent mal (*punch*), picar molt fort amb extremitats (*beat*) o objectes (*hit really hard*), o donar-te petades amb molta força (*kicking*). Les mides de gravetat en aquesta escala anaven de 0 a 35 (5 ítems, amb un resultat màxim de 7 a cada ítem) per un grup d'edat concret, i sempre i quan cada experiència s'hagi donat únicament amb una persona.

L'escala mesurant abús psicològic (*Maltreatment Scale*; Briere i Runtz, 1988), tenia 7 ítems i preguntava amb quina freqüència algú havia cridat i xisclat (*yell*) a la persona; insultat (*insult*); intentar de fer-los sentir culpables sense cap motiu (*try to make them feel guilty*); criticar-los (*criticise them*); ridiculitzar o humiliar (*ridicule or humiliate them*); fer passar vergonya davant d'altres (*embarrass them*); o fer-los sentir com si fossin una mala persona (*like they were a bad person*).

Les mides de gravetat en aquesta escala anaven de 0 a 49 (7 ítems, amb un resultat màxim de 7 a cada ítem) per un grup d'edat concret, i sempre i quan cada experiència hagués succeït només amb una persona.

En ambdues escales se li demanava a la pacient que escollís els pitjors 12 mesos en un grup d'edat determinat, indicant, de manera aproximada, quantes vegades havia patit les experiències anomenades durant el període escollit. Les modificacions a les escales originals van consistir en (a) ampliar el nombre de categories de freqüència de les experiències d'abús de 6 a 8 (per incloure mai; una vegada; dues vegades; de 3 a 5 vegades; de 6 a 10 vegades; cada mes; cada setmana; diàriament o més sovint; marcant-les de 0 a 7 respectivament), (b) ajuntar les escales per el pare i per la mare per cobrir qualsevol de les dones,

i (c) utilitzar els mateixos grups d'edats que per el Qüestionari d'Experiències Sexuals.

Altres Valoracions

La Enquesta de Salut General, en la seva versió de 30 ítems (*General Health Questionnaire, GHQ-30*; Goldberg i Williams, 1988) va ser utilitzada per valorar el grau de psicopatologia no-psicòtica. Cada ítem, presentat en forma de pregunta, té quatre possibilitats de resposta, valorant la freqüència durant les passades setmanes en respecte a altres moments de la seva vida. Les possibilitats de resposta varien des del "millor de lo normal" a "molt menys de lo normal".

Hi han diverses maneres de puntuar el GHQ-30. Seguint les recomanacions de Goldberg i Williams (1988), i donat que els quatre mètodes possibles produeixen resultats que no són estadísticament diferents, vàrem utilitzar tant el mètode Likert simple de puntuació: assignant 0, 1, 2, 3 a cada columna. Aquesta manera de codificar ens dona una mesura tant "d'àrea", és a dir, de presència de símptomes, com "de intensitat". L'altre mètode a considerar és l'anomenat "mètode de puntuació GHQ". Aquest es limita a contar el numero de símptomes, eliminant així els que es dediquen a marcar la columna del mig. La puntuació en aquest cas serà 0, 0, 1, 1. Aquesta forma de puntuar ens donarà una mesura "d'àrea". No hi havia diferències significatives entre les dues mides quan vàrem comparar els resultats d'aquestes dues maneres de puntuar. Els resultats de l'estudi es presenten utilitzant el mètode Likert simple.

L'Instrument del Lligam als Pares (*Parental Bonding Instrument, PBI*; Parker i col., 1979) va ser escollit com a mesura de l'ambient familiar. Consisteix de 25 afirmacions que es poden ratificar o desmentir amb quatre opcions fixes, que van des del "molt possiblement" al "rarament". En el text del qüestionari es clarifica que per pare i mare ens referim a la persona que et va criar i pujar, sigui el pare natural, el padrastre, el pare adoptiu, el pare que els serveis socials han escollit (*foster father*), o una altra persona que et va criar. El text demana a la participant que recordi els seus primers setze anys. Les avantatges d'aquest instrument són el ser breu, consistent, i estadísticament d'una validesa establerta (Parker, 1983). El *PBI* ofereix valors en les dimensions de protecció (*protection*) i cura (*care*), que són independents en situació normal. En aquest estudi, les experiències en els primers anys de vida amb els pares varen ser avaluades en un terç de les dones (que completaren el *PBI* separatament per els pares i per les mares).

El Inventari d'Expressió de la Rauxa (El *Anger Expression Inventory, AXI*), és utilitzat com a mida de l'expressió emocional. El *AXI* és un component del *State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI*, Spielberger i col., 1979; Spielberger, 1991), i presenta 3 escales derivades empíricament: rauxa internalitzada (*anger in*), rauxa externalitzada (*anger out*), i, rauxa controlada (*anger control*). La seva presentació és en forma de 24 afirmacions amb quatre opcions fixes de comentari, anant des del "quasi mai" al "quasi sempre". Com a introducció al qüestionari hi ha un paràgraf que explica que tothom s'empipa de tant en tant, però que la gent es diferencia en la manera que reacciona quan s'enfaden. Es diu que la gent utilitza les afirmacions que

venen a continuació per descriure les seves reaccions quan s'empipen i es troben plens de fúria. A continuació es demanava a les participants que llegissin cadascuna de les afirmacions i després encerclessin la possibilitat que definia millor la freqüència amb la que generalment reaccionen o es comporten de la manera descrita quan s'empipen. Així llegeix, per exemple, "quan m'empipo o estic furiosa, controlo les meves rebequeries". Aquí ens preguntarem si les experiències d'abús porten a valors més elevats en alguna d'aquestes escales.

L'*AXI* presenta avantatges significatives vers el Qüestionari de Hostilitat i Direcció de la Hostilitat (*Hostility and Direction of Hostility Questionnaire, HDHQ*, Foulds i col., 1960; Caine i col., 1965), que hagués estat una altra opció a utilitzar. Aquest és un instrument teòricament derivat de l'Inventari Multifàsic de la Personalitat de Minnesota (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMP*), i dissenyat amb un enfoc psicodinàmic a la hostilitat. Aquesta escala assumeix que la hostilitat és una entitat unitària que podria ser dirigida cap a dintre d'un mateix o cap a fora en contra dels altres, amb valors calculats mitjançant les seves sub-escales. El valor Intrapunitiu (*Intrapunitive Score*) resulta de la suma de tres sub-escales: crítiques als altres, impuls a demostrar hostilitat, i hostilitat delirant projectada. El valor Extrapunitiu (*Extrapunitive Scale*) consisteix de dues sub-escales: autocrítica i sentiment de culpabilitat. El valor d'Hostilitat General es la suma dels valors Intrapunitius i Extrapunitius, mentre que el valor de Direcció de la Hostilitat és el valor Intrapunitiu amb una de les sub-escales contada dues vegades, menys el valor extrapunitiu. Tot i que les sub-escales posseeixen validesa de

construcció, sempre han mancat validesa empírica (Edmunds i Kendrick, 1980). A més, a més, Extrapunitivitat sembla ser una mida de caràcter, mentre que Intrapunitivitat és una mida d'estat (Farmer, 1987) i un predictor de millora (Sakinofsky i col., 1979), associada amb depressió i un intent suïcida alt (Farmer i Creed, 1986).

Malgrat tot, la importància del *HDHQ* és que ha estat utilitzat en estudis de comportaments parasuïcides. Aquests han trobat nivells molt alts de hostilitat general, valors molt alts d'extrapunitivitat, i valors moderadament alts d'intrapunitivitat, de manera especial en pacients deprimits (Vinoda, 1966; Philip, 1970, 1977; Eastwood i col., 1972; Farmer i Creed, 1986). La discussió que aquí presento deixa força clar que l'*AXI* i el *HDHQ* molt probablement mesuren conceptes molt diferents. L'*AXI* va ser derivat empíricament utilitzant anàlisi de factors (*factor analysis*), que demostrà que la rauxa internalitzada (*anger in*) i la rauxa externalitzada (*anger out*) eren dimensions relativament independents. El *HDHQ* és molt probable que sigui una mesura pobre de la rauxa internalitzada (o concepte intrapunitiu), que resulta ser de gran importància en els pacients que es prenen sobredosis medicamentoses. Els resultats obtinguts suggereixen que és possible que les experiències d'abús 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'estat d'ànim negatiu podrien trencar l'equilibri del balanç afectiu. D'aquesta manera els afectes positius i negatius esdevenen altament correlacionats, i això podria portar a la crisi resultant en

una sobredosi. Per altra banda, una rauxa externalitzada alta, per ella mateixa, no té aquest efecte.

Existeix un Inventari de l'Expressió de la Rauxa per Nens, el *State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)*, també desenvolupat per Spielberger. El *STAIC* consisteix de dues sub-escalaes, angoixa d'estat ("*state*") i de caràcter ("*trait*").

Cada escala la formen 20 ítems amb tres opcions de resposta per cadascun d'ells. L'angoixa d'estat valora l'ansietat actual descrita per el mateix nen, mentre que l'ansietat de caràcter consisteix en afirmacions que valoren els sentiments típicament relacionats amb l'ansietat.

Informació d'aquesta mesura pel que fa a la seva consistència partida per la meitat (*split-half reliability*) és alta, tant per les escalaes d'estat ($r = .89$) com per les de caràcter ($r = .88$) (Finch, Montgomery i Deardorff, 1974). A més, a més, investigadors han indicat que el *STAIC* té una validesa concurrent adequada, i una consistència interna que va de .78 a .87 (James, Reynolds i Dunbar, 1994).

Per acabar, Turell i Armsworth (2000) l'han utilitzat per diferenciar els supervivents d'incest que s'auto-mutilen.

L'Escala de Desesperança de Beck (*Beck Hopelessness Scale, BHS*; Beck i col., 1974; Beck i Steer, 1988) va estar utilitzada com la mida d'estat de desesperació. Aquesta escala va ser utilitzada amb instruccions de completar-la en base als sentiments de desesperació experimentats justament abans de la sobredosi. L'escala consisteix de 20 afirmacions de les que es demana si eren vertaderes o falses justament abans de la sobredosi. En aquest projecte de recerca la hem anomenat "Qüestionari de les Opinions en el

moment de la Sobredosi" (*"Opinions at the time of the overdose questionnaire"*). La importància de la desesperació, i la manera en que la relació entre depressió i intent de suïcidi és depenent del lligam entre intent de suïcidi i grau de desesperació, va estar revisada per Dyer i Kreitman (1984).

El Perfil dels Estats d'Ànim, en la seva forma bipolar (*Profile of Mood States, POMS-BI*; Lorr i McNair, 1988) va estar escollida per proveir una mida d'estat d'impotència per damunt de l'estat d'ànim. El POMS-BI té les següents avantatges:

1. les escales són derivades empíricament utilitzant estudis d'anàlisi de factors.
2. les escales d'estat d'ànim utilitzen tant afecte positiu com negatiu.
3. Tres de les sub-escales tenen gran importància teòrica, i en base a una revisió bibliogràfica suggereixo que:
 - la escala energètic/cansat correspon a afecte positiu
 - la escala content/deprimit correspon la dimensió de plaer
 - la escala tranquil/angoixat correspon a afecte negatiu

En aquest projecte de tesi, el *POMS-BI* va ser batejat com el Qüestionari dels Sentiments en el moment de la Sobredosi (*"Feelings at the time of the Overdose Questionnaire"*). Es presenta en forma de 48 adjectius o descripcions de la manera en que una persona es pot sentir en un moment donat, i va ser utilitzat per valorar l'estat mental justament abans de la sobredosi.

El *POMS-BI* es compon de sis sub-escales positives que donen uns valors que van de 0 a 18, mentre que les sis sub-escales negatives donen uns valors

entre 0 i -18. Les sis sub-escalaes son: Tranquil - Angoixat ("*composed - anxious*"); agradable - hostil ("*agreeable - hostile*"); Eufòric - Deprimít ("*elated - depressed*"); Confiat - Insegur ("*confident - unsure*"); Energètic - Cansat ("*energetic - tired*"); Lúcid - Desconcertat ("*clearheaded - confused*"). A conseqüència de la seva llargària, només vàrem utilitzar tres sub-escalaes: POMS- depressió (eufòric-deprimít), POMS-energia (energètic-cansat), i POMS-angoixa (tranquil-angoixat). L'escala final (si s'utilitzen totes les sub-escalaes) es computa sumant els valors de les dues subescales i afegint 18, per donar un ventall de 0 a 36.

L'Escala de la Ideació Suïcida (*Beck's Scale for Suicidal Ideation*, Beck i col., 1974) es va utilitzar com una mida d'intent de suïcidi alt que es troba relacionada a desesperació, i un intent de suïcidi baix que hipotetitzem està relacionat a impotència. A aquesta escala, i dins del títol de "Qüestionari de detalls de la Sobredosi" (*Details of the Overdose Questionnaire*) li vàrem afegir preguntes de l'escala de l'intent de suïcidi de Beck (*Beck's Suicidal Intent Scale*), i uns quants ítems addicionals que, després d'haver organitzat grups amb dones que s'havien pres sobredosis durant els 18 mesos precedents al nostre projecte, vàrem considerar que eren clínicament significatius. Tot plegat, i sota el títol de Qüestionari de detalls de la Sobredosi, tenia 35 preguntes amb diferents opcions (de tres a sis) de resposta forçada.

Les Escalaes de les Situacions de la Vida Diària (*Life Events Scales*; Tennant i Andrews, 1976, 1977) es varen utilitzar com a mida indirecta d'impotència. El Professor Paykel (1969, 1975), des de Cambridge, Anglaterra, també va participar en el seu desenvolupament i validació. En aquest estudi les vàrem

anomenar el Qüestionari de les Situacions Recents (*Recent Life Events Questionnaire*), i vàrem preguntar si qualsevol de les situacions s'havia donat en les seves vides durant els passats dos anys. Vàrem dividir aquest temps en quatre períodes (0-1: el mes passat; 1-6: el darrers sis mesos excloent el mes passat; 6-12: l'any passat, excloent els passats sis mesos; 12-24: el darrers dos anys, excloent l'any passat). Vàrem demanar que indiquessin quan va donar-se per primera vegada, o quan va empitjorar de manera significativa.

Les situacions cobreixen les següents àrees: Salut (10 situacions); Pèrdua (*Bereavement*, 4 situacions); Social i Familiar (17 situacions); Amics i Parents (5 situacions); Educació (8 situacions); Treball (11 situacions), Moure's de casa (3 situacions); Legal i Finances (11 situacions).

Sabem que l'afecte negatiu es troba relacionat amb situacions desagradables, però no amb experiències agradables, i de manera similar, l'afecte positiu es troba relacionat a situacions agradables, però no a les desagradables (Clark i Watson, 1988). Així, situacions negatives de la vida diària és possible que siguin importants en afectar l'estat d'ànim i portar als pacients parasuicides cap al llindar a on es perd l'equilibri entre els afectes positiu i negatiu.

La Escala del Locus de Control (LOC) Multidimensional (Levenson, 1973, 1981), que anomenem qüestionari d'actituds, consta de 24 afirmacions que representen una opinió. A les participants se les demanava que determinessin fins a quin punt estaven d'acord o en contra de cadascuna de les afirmacions marcant quina de les sis opcions possibles reflexava millor

les seves opinions. Aquesta és una mesura de caràcter general (i no només pel que fa a relacions) de poder (LOC intern) i impotència (LOC extern degut a altres poderosos o a l'atzar). Aquesta escala, amb un grau de validesa i consistència molt alts, ens mostra que poder i impotència són dimensions independents que no es troben relacionades en la majoria de les situacions. En contrast amb la mida anterior, presento la hipòtesi que els individus abusats tindran un valor alt en la dimensió d'impotència, i que el seu valor en les dimensions de poder es correlacionarà amb el seu valor a l'Escala V de Maquiavelisme.

Escala V de Maquiavelianisme (*The Machiavellianism V Scale*; Christie i Geis, 1970) és una mesura validada de caràcter de poder interpersonal. Aquest és un concepte lligat a la manipulació, que es considera una característica associada amb el grup parasuïcida. En aquest estudi aquesta escala és anomenada "qüestionari d'actituds". La escala està construïda per 20 afirmacions referents a les actituds que la gent pren. Cadascuna de les afirmacions presenta tres possibilitats (que anomenem A, B, i C) i a la participant se li demana escollir la opció que defineixi millor les seves pròpies creences, i també la que representa la actitud més allunyada de les seves creences.

L'Escala d'Alexitímia de Toronto (*The Toronto Alexithymia Scale*; Taylor i col., 1985), és una de les mesures de l'estat psicològic que utilitzem en aquest projecte. Un dels motius per utilitzar-la va ser perquè l'equip d'en Zeitlin (1993) va demostrar que es trobava augmentada en víctimes d'abús sexual. Aquesta escala, que vàrem anomenar Qüestionari de les actituds i experiències

(*Attitude and Experiences Questionnaire*), es compon de 26 afirmacions sobre els nostres sentiments. Un exemple seria "Quan ploro, sempre ser el perquè". Cadascuna d'aquestes afirmacions ofereix cinc possibilitats de resposta: Clarament en contra ("*Strongly disagree*"); Moderadament en contra ("*Moderately disagree*"); Ni d'acord, ni en contra ("*Neither disagree nor agree*"); Moderadament d'acord ("*Moderately agree*"); Clarament d'acord ("*Strongly agree*").

L'Índex d'Hipocondriasi de Whitley (Pillowsky i Spence, 1983) és un qüestionari consistent en 14 preguntes que exploren les creences de les participants en la seva salut i el seu cos, donant-nos una altra mesura de l'estat físic, tal i com és percebut per les responents. Aquestes preguntes es contesten amb respostes de "Sí" o "No". Aquest índex és integrat dintre del que anomenem "Qüestionari de Salut (Part I)", juntament amb L'Escala d'Ansietat a la Mort. Gross i col. (1981) varen utilitzar l'Índex d'Hipocondriasi de Whitley en pacients que havien patit incest.

L'Escala d'Ansietat a la Mort (The Death Anxiety Scale; Templar, 1970) consisteix de 15 afirmacions que exploren els sentiments i pensaments en voltant de la mort sobre les que la responent ha de decidir si, per ella, cadascuna de les afirmacions és vertadera (T per "*true*") o falsa (F per "*false*"). En aquest projecte de tesi doctoral és utilitzada com a mesura de l'estat psicològic, trobant-se integrada dins del que anomenem "Qüestionari de Salut (Part I)" juntament amb l'Índex d'Hipocondriasi de Whitley.

L'Índex d'Ansietat-Sensitivitat de Reiss-Epstein-Gursky (Reiss i col., 1986; Peterson i Reiss, 1993) és un instrument compost per 16 afirmacions que

cobreixen símptomes d'ansietat, i de la manera que la ansietat és percebuda per la persona. Per cada afirmació la respondent pot escollir una de les cinc opcions, que van des del "molt poc" al "molt" per descriure la seva actitud i experiència en la matèria. Exemples serien "per a mi és important que no sembli que estigui nerviós", o "quan no puc concentrar-me en una cosa, em preocupa que m'estigui tornant boja". L'Índex d'Ansietat-Sensitivitat, que en aquesta tesi l'hem anomenat Qüestionari de Salut, part segona (*"Health Questionnaire, Part 2"*), és una mida del temor, expressat en símptomes d'ansietat, que és utilitzat com a mesura de l'estat psicològic.

La subescala de Somatització de la Llista de Símtomes -*The Symptom Checklist, SCL-90-R* (Derogatis, 1983), és la primera de les mesures de l'estat físic. La componen 12 símptomes sobre els que es pregunta amb quina intensitat el problema ha molestat a la persona durant les passades dues setmanes, incloent avui. Cadascun dels ítems té cinc possibilitats de resposta forçada, anant des de "en absolut" a "extremadament", i passant per "una mica", "de manera moderada", i "força".

L'Escala d'Experiències Dissociatives (Bernstein i Putman, 1986), a la que li he donat el nom de Qüestionari d'Experiències (*"Experiences Questionnaire"*), és utilitzada com a mida de l'estat psicològic. La componen 28 preguntes sobre experiències que la gent pot haver tingut en la seva vida diària. En les explicacions sobre aquest qüestionari deixem clar que estem interessats en la freqüència d'aquestes experiències quan la persona no es troba sota la influència de drogues o alcohol. Per contestar les preguntes, es demana que determinin fins a quin punt la experiència descrita és aplicable a ella mateixa.

Això es fa marcant la línia horitzontal (que va de 0% a 100%) amb una ratlla vertical en el lloc adequat. Walker i col. (1992) utilitzaren aquest instrument en pacients abusades sexualment. Aquest va ser un dels motius que ens fa fer decidir a utilitzar aquesta escala.

El Qüestionari d'Autoestima de Robson (Robson, 1989) és la darrera de les mides de l'estat psicològic que utilitzem. Aquest qüestionari conté 30 afirmacions englobant actituds i creences que alguna gent tenen sobre ells mateixos. En el qüestionari es demana que s'indiqui fins a quin punt s'està d'acord amb cadascuna de les afirmacions marcant una de les 7 opcions, que van des de "*completely agree*" (completament d'acord) a "*completely disagree*".

El Qüestionari d'Autoestima conté cinc escales: atracció/aprovació dels altres (*attractiveness/approval by others*), satisfet/val la pena/significatiu (*contentment/worthiness/significance*), autovaloració autònoma (*autonomous self regard*), competència/autoeficàcia (*competence/self efficacy*), i la vàlua de l'existència.

El Inventari de Satisfacció Sexual de Golombok Rust (Rust i Golombok, 1986). Aquest instrument de 31 ítems és una mesura de l'estat sexual que dona un nombre de valors: Total, baixa freqüència, manca de comunicació, manca de satisfacció, manca de sensualitat, vaginisme, i anorgasmia. Les 31 preguntes que el componen ofereixen cinc opcions de contesta que van del "mai" al "sempre", passant per "quasi mai", "de manera ocasional", i "normalment".

L'Escala de Sexualitat (Snell i Papini, 1989; Snell i col., 1992) és la segona mesura de l'estat sexual que utilitzem. Té tres subescales: estima sexual,

depressió sexual, i preocupació sexual. En total la componen 30 ítems que prenen la forma d'afirmacions. Cadascuna d'elles té cinc opcions de contesta, que van des del "estic d'acord" al "no estic d'acord".

Anàlisi de les dades

Per avaluar l'associació entre les categories de sobredosis, abús sexual, y factors socio-demogràfics, es va utilitzar la prova de Ji-quadrat de Pearson - amb la correcció de Yates-, y la prova exacta de Fisher en aquells casos en els que fos necessari. Mentre que per les variables contínues, las diferències entre sobredosis, i gravetat d'abús sexual, es varen comprovar utilitzant les proves no-paramètriques de la U de Mann-Withney, i la prova de Kruskal-Wallis, degut a que la distribució de les variables esmentades era clarament asimètrica. Les anàlisis es varen realitzar utilitzant el paquet estadístic SPSS 6.1 per Windows.

En la valoració de factors de risc i associacions, en primer lloc es varen utilitzar el coeficient de correlació de Spearman per estudiar la relació entre les escales d'abús sexual, físic, y psicològic; historial familiar (mesurat utilitzant l'escala PBI); i les variables de desenllaç (*outcome variables*): freqüència de sobredosis i altres conductes autolesives, AXI , BHS, GHQ-30, i les tres subescales seleccionades de POMS-BI. Es va avaluar l'associació entre la freqüència de sobredosis i altres conductes autolesives, i els autors de l'abús mitjançant la prova de Ji-quadrat -amb la correcció de continuïtat de Yates-. Finalment, per estimar l'associació multivariada entre la freqüència de sobredosis i altres conductes autolesives, i altres mides de desenllaç (*outcome measures*): es varen utilitzar models de regressió logística ordinal, degut a que les dues variables dependents d'interès: freqüència de sobredosis i altres conductes autolesives, són ordinals (variables qualitatives amb categories

ordenades). En aquesta anàlisi, únicament les variables que resultaren estadísticament significatives ($p < 0.05$) foren incloses en els models finals. Una anàlisi de regressió va ser utilitzada per separar els efectes dels diferents tipus d'abús, cercant per interaccions.

També es varen comprovar les diferències entre casos i controls per les variables contínues utilitzant la prova de la *t* de Student per dades aparellades, mentre que per les variables categòriques es va utilitzar la prova de McNemar. Les diferències obtingudes es varen quantificar calculant la raó de odds, i el seu interval de confiança del 95%, mitjançant el mètode de Mantel-Haenszel i de models de regressió logística condicional. Les anàlisis es realitzaren utilitzant, depenent de la part de la tesi, els procediments CORR i LOGÍSTIC del sistema SAS, versió 6.11; i el paquet estadístic Stata, versió 5.0.