



UNIVERSIDADE DE  
**COIMBRA** FACULDADE  
DE  
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

TATIANA JOSÉ PEREIRA DOS SANTOS

**ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA E PSICOPATOLOGIA NO ADULTO**

ARTIGO DE REVISÃO SISTEMATIZADA

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

**TRABALHO REALIZADO SOB ORIENTAÇÃO DE:**

PROFESSOR DOUTOR MANUEL JOÃO QUARTILHO

MARÇO/2020



## **Abuso Sexual na Infância e Psicopatologia no Adulto**

Autora: Tatiana José Pereira dos Santos<sup>1</sup>,

Orientador: Professor Doutor Manuel João Rodrigues Quartilho<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra/ Serviço de Psiquiatria  
do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra

Morada Institucional: Azinhaga de Santa Comba, Celas

3000-548 Coimbra

Correio eletrónico: <sup>1</sup>tatianajps@hotmail.com; <sup>2</sup>mjquarti@ci.uc.pt

## ÍNDICE

RESUMO E PALAVRAS-CHAVE	6
ABSTRACT AND KEYWORDS	7
SIGLAS	8
INTRODUÇÃO	9
MATERIAIS E METODOS	13
RESULTADOS	15
<b>Perturbações de Internalização</b>	<b>15</b>
<b>a) <u>Perturbação de Stress Pós-Traumático</u></b>	<b>18</b>
<i>Homens que fazem sexo com Homens</i>	19
<i>Imobilidade tónica peri-traumática e percepção do corpo</i>	20
<i>Crescimento psicológico pós-traumático</i>	22
<b>b) <u>Perturbações Dissociativas</u></b>	<b>24</b>
<b>Suicídio</b>	<b>28</b>
<i>“Self-harm” e diferenças entre os géneros</i>	29
<i>Modelo de Stress-Diátese</i>	31
<b>Perturbações de Externalização</b>	<b>35</b>
<b>a) <u>Perturbações de Uso de Substâncias</u></b>	<b>35</b>
<i>Diferenças entre os géneros</i>	38
<b>b) <u>Comportamentos Sexuais de Risco e VIH</u></b>	<b>39</b>
<b>Perturbações do Pensamento</b>	<b>42</b>
<b>Somatização</b>	<b>45</b>
<b>Revictimização</b>	<b>46</b>
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	48
<i>Limitações</i>	52
<i>Conclusão</i>	53
AGRADECIMENTOS	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Seleção dos Estudos	14
<b>Figura 2:</b> Relação entre Imobilidade Peri-Traumática e Perturbação de Stress Pós Traumático	21
<b>Figura 3:</b> Crescimento Pós-Traumático: ↑ Aumenta ↓Diminui = Sem relação	24
<b>Figura 4:</b> Comportamentos Suicidários: Esquema resumo	34

## RESUMO

**Introdução:** No Abuso Sexual Infantil (ASI) existe o envolvimento de uma criança ou adolescente em atividade sexual que esta não compreende e é incapaz de dar consentimento. Regra geral, é praticado por pessoas em posição de autoridade e confiança. Em Portugal as perturbações mentais têm uma prevalência de 16% e a sua carga associada não é de negligenciar. Numa revisão da literatura existente, procurei avaliar a relação desta Experiência de Adversidade Precoce (EAP) com as perturbações internalizantes, externalizantes, do pensamento e de somatização.

**Métodos:** Pesquisa nas bases de dados PUBMED/MEDLINE e EMBASE num intervalo de tempo de 5 anos nas línguas inglesa e portuguesa. Critérios de inclusão: ASI em jovens com idade inferior a 18 anos. Exclusão dos estudos de patologia infantil com foco na psicopatologia do adulto (após os 18 anos). Leitura de 131 artigos originais. Seleção com base na desagregação do ASI dos diferentes maus-tratos infantis.

**Resultados:** Inclusão de 70 estudos. O ASI foi demonstrado como um problema de saúde global, a nível mental e sociocultural. Parece associado com o aumento da patologia internalizante, nomeadamente depressão e ansiedade, stress pós-traumático e dissociação. Associado também aos comportamentos externalizantes, como o consumo excessivo de álcool e drogas, múltiplos parceiros e comércio sexual. As vítimas podem estar sujeitas a um risco superior de suicídio, de sintomas somáticos e experiências psicóticas. Há também risco elevado de revictimização e perpetuação de violência na vida adulta, com impacto nas relações íntimas e familiares.

**Discussão:** O ASI pode diminuir a qualidade de vida e prejudicar o bem-estar físico e psicológico. As patologias não ocorrem isoladamente e as comorbilidades são frequentes. Este abuso pode trazer consequências graves na psicopatologia adulta.

## PALAVRAS-CHAVE

Abuso Sexual na Infância; Experiências de Adversidade Precoce; Sobreviventes Adultos de Maus-Tratos Infantis; Psicopatologia; Doença Mental; Fenómenos Psicológicos

## ABSTRACT

**Introduction:** Child Sexual Abuse (CSA) is the involvement of a child or adolescent in sexual activity that the child does not understand and is unable to give consent. As a general rule it is practiced by people in a position of authority and trust. In Portugal, mental disorders have a prevalence of 16% and their associated burden is not negligible. In a review of the existing literature, I tried to evaluate the relationship of this Early Adversity Experience (EAP) with the internalizing, externalizing, thought and somatization disorders.

**Methods:** Research in the databases PUBMED / MEDLINE and EMBASE with interval of 5 years in English and Portuguese language. Inclusion criteria: CSA in young people under the age of 18 years. Exclusion of studies focusing on child pathology, with inclusion of adult psychopathology (after 18 years). Reading of 131 original articles. Selection based on the CSA disaggregated from other child maltreatment.

**Results:** Inclusion of 70 studies. CSA was demonstrated as a global health problem, at a mental and socio-cultural level. It seems associated with the increase in internalizing pathology, namely depression and anxiety, post-traumatic stress and dissociation. It also seems associated with an increase in external behaviors, such as excessive consumption of alcohol and drugs, multiple partners and sex trade. Victims may be at higher higher risk of suicide, somatic symptoms and psychotic experiences. High risk of victimization and perpetuation of violence in adult life, with an impact on intimate and family relationships.

**Discussion:** CSA can diminish the quality of life and harm physical and psychological well-being. Pathologies do not occur in isolation and comorbidities are frequent. This abuse can have serious consequences for adult psychopathology.

## KEYWORDS

Child Abuse, Sexual; Adverse Childhood Experiences; Adult Survivors of Child Abuse; Psychopathology; Mental Disorders; Psychological Phenomena

## SIGLAS

ASA – Abuso Sexual em Adulto

ASI – Abuso Sexual Infantil

DGS – Direção Geral da Saúde

DSM 5 – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais 5.<sup>a</sup> edição

EAP – Experiências de Adversidade Precoce

EUA – Estados Unidos da América

HSH – Homem Sexo Homem

IPT – Imobilidade Peri-traumática

ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis

OMS – Organização Mundial de Saúde

PD – Perturbação Dissociativa

PDM – Perturbação Depressiva Major

PNE – Perturbações Não Especificadas

PSPT – Perturbação de Stress Pós-traumático

PUA – Perturbação do Uso de Álcool

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

## INTRODUÇÃO

A Saúde individual atualmente é cada vez mais compreendida como multidimensional. Existe a necessidade de observarmos um doente, enquanto profissionais de saúde, na sua globalidade. Para prestar cuidados de qualidade é necessário ter atenção tanto a nível orgânico, como social e psíquico, sendo a saúde mental uma dimensão por vezes um pouco subestimada em relação à sua prevalência e impacto na vida das pessoas. Existe ainda um grande estigma social na doença mental. A procura dos serviços médicos, nomeadamente psiquiatras, ou outras entidades de saúde psíquica, como a psicologia, não é por vezes vista como algo essencial à saúde global individual.

O abuso sexual, em particular, está rodeado ainda de grandes secretismos e por vezes as vítimas não encontram confiança ou não se sentem em segurança de divulgar o trauma a outros, com medo de julgamentos e falta de auxílio. O impacto do abuso sexual não é apenas físico, mas também emocional, com os autores destes crimes utilizando meios de coerção verbal, ameaça e violência física para obter o controlo sobre a vítima. Esta problemática individual pode, pelo seu impacto na saúde dos indivíduos, ter repercussões na saúde mental coletiva, a nível da sociedade. Ainda menos compreendido será o abuso sexual infantil (ASI), (1) pois este é um fenómeno complexo que ocorre em múltiplos contextos: sociais e familiares. A ausência de consenso, em termos de definição e compreensão, dificulta os avanços no conhecimento, nas repercussões legais e preventivas. Nesta faixa etária existe uma difícil cooperação por parte da mesma, com uma diversificação nas formas de expressão clínica. É necessário uma grande atenção por parte dos familiares e profissionais das instituições de saúde pediátrica e de educação.

Por não haver critérios bem definidos que permitam definir o que é o ASI torna-se por vezes difícil, mesmo com acesso a cuidados de saúde primários e diferenciados, saber localizar e referenciar estes casos. Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) (2) maus-tratos na criança definem-se conceptualmente como: “todas as formas de maus-tratos físicos e / ou emocionais, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outra, resultando em real ou potencial dano à saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder.” ASI é considerado como: “o envolvimento de uma criança em atividade sexual em que ele ou ela não compreende completamente, é incapaz de dar consentimento informado ou para o qual a criança não está preparada para o seu grau de desenvolvimento, ou então que viola as leis ou tabus da sociedade. As crianças podem ser abusadas sexualmente por adultos e outras

crianças que - em virtude da sua idade ou estágio de desenvolvimento – estão numa posição de responsabilidade, confiança ou poder sobre a vítima.”

No relatório de 2018 realizado pela Direção Geral da Saúde (DGS) sobre a “Saúde Infantil e Juvenil” (3) têm sido feitos esforços de forma a pôr em prática, desde 2008, uma diversificação de redes nomeadas “Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco” (ASCJR) com o intuito de sinalização e apoio de crianças e jovens em risco de maus-tratos e violência. Num conjunto de 50’000 crianças e jovens, cerca de 6% sofreram de abuso sexual entre 2008 e 2016.

Como se torna difícil a descoberta destes atos, muitas vezes estas crianças passaram a sua infância e adolescência sem qualquer tipo de apoio a nível emocional e psíquico chegando à vida adulta muitas vezes com repercussões na saúde. É nesse sentido que Experiências de Adversidade Precoce (EAP) estão associadas a aumento da morbilidade e mortalidade, com impacto muitas vezes crónico, perpetuando-se pela vida adulta e tendo consequências tanto na patologia física mas também mental. Desta forma, é importante desde logo ter uma visão holista do indivíduo numa perspetiva biopsicossocial (4).

Um estudo realizado na população adulta (37’289 indivíduos) de 10 países da União Europeia, incluindo Portugal, avaliou o fardo das perturbações mentais na qualidade de vida. Realizado em 2011, este estudo concluiu que a prevalência de perturbações mentais em Portugal durante 12 meses era de 21,1% e ao longo da vida 38,8%, fazendo com que nós sejamos um dos países com maior prevalência, juntamente com a Irlanda do Norte e França. A carga foi avaliada através de dias de absentismo no trabalho por mês onde se verificou uma média de 3,1 dias em relação à população em geral com 1 dia (5).

Num estudo mais recente sobre o peso das doenças em todo o mundo, realizado em 2017 através da OMS e do Instituto de Métrica e Avaliação da Saúde (IMAS), a prevalência das perturbações mentais era de 13,17% correspondendo à 12ª causa a nível mundial. Na Europa Ocidental a prevalência era de 15,64%, apresentando-se em 9º lugar. Dentro dos países da Europa Ocidental, em Portugal a prevalência das perturbações mentais chegou a 16%, encontrando-se no 10º lugar. O abuso de substâncias encontrava-se apenas em 19º com 1,8% de prevalência em Portugal. O fardo das doenças mentais pode ser avaliado também através da quantificação dos DALYs (Disability Adjusted Life Years), isto é, anos de vida perdidos ajustados à incapacidade, adotado pela OMS. É calculado pela soma dos anos de vida perdidos (Years of Life Lost) com os anos vividos com incapacidade (Years Lived With Disability). Em Portugal, os DALYs atribuídos às perturbações mentais correspondeu a 7,1%, vindo

em 6º lugar e o abuso de substâncias em 16º lugar com 1,22%. Das categorias estudadas como potenciais fatores de risco para os DALYs das perturbações mentais, ao ASI, como subtipo de maus-tratos infantis no nosso país, correspondeu a 0,12% no total de DALYs (mais especificamente na perturbação depressiva). Na Europa Ocidental ultrapassado pelo bullying como forma de maus-tratos. Para o abuso de substâncias, o ASI correspondeu a 0,026% das DALY's, em relação apenas com o abuso de álcool (6).

A classificação tradicional e atual, bem conceituada, prevista no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais 5.ª edição (DSM 5) da Associação Americana de Psiquiatria, é a base que usarei ao longo deste trabalho. No entanto, de forma a denotar as possíveis limitações nesta visão categórica referirei uma conspeção recente, ainda pouco estabelecida de Kotov et al. (7). Elaboraram uma nova classificação da doença mental com ênfase em 3 dimensões fundamentais: Perturbações de "Internalização", de "Externalização"; e do "Pensamento". Consideraram ainda a dimensão de desapego (apenas relacionada com perturbações de personalidade – esquizoide, evitante e histriónica) e uma nova dimensão relacionada com uma componente somatoforme, pouco consensual.

Segundo esta classificação, a divisão dos espectros de doença baseia-se no estudo simultâneo de sintomas e traços de personalidade mal adaptativos: afetividade negativa, psicoticismo, desinibição, antagonismo e desapego. As perturbações de internalização relacionam-se com a afetividade negativa, manifestando-se por exemplo como transtornos depressivos, de ansiedade, stress pós traumático, distúrbios alimentares, entre outros. As de externalização relacionam-se com 2 dimensões fundamentais: a desinibição, através da adoção de estilos de vida negativos, principalmente abuso de substâncias e práticas sexuais arriscadas; e com o antagonismo através de perturbações de personalidade (narcísica, histriónica, paranoide, "borderline" e antissocial). E por fim, as do pensamento relacionam-se com o psicoticismo, abordando o espectro das perturbações psicóticas, de personalidade do "cluster" A e a doença bipolar tipo I (conjuntamente também no espectro internalizante). O espectro somatoforme não se relacionou com nenhum traço de personalidade.

As limitações nas classificações categóricas referidas nesta nova visão, como a heterogeneidade das doenças mentais, a possibilidade de coocorrências de diversas patologias e o facto de muitos doentes não se encaixarem nos critérios de uma patologia específica já são consideradas no DSM 5, observado nos subtipos das diversas patologias. Esta nova classificação carece de mais estudos e está apenas no início da sua validação e pesquisa. É preciso equacionar que abranger diagnósticos pela presença de sintomas e traços mal adaptativos pode prejudicar a aceitação de um "cut-

off” para os quais se impõe a necessidade ou não de um tratamento, com risco de falsos positivos, podendo limitar a sua aplicação na prática clínica. Novos termos para conceitos pré-existentes também pode pôr entraves à pesquisa científica já existente. Penso que poderia ser uma mais-valia como complemento à nosologia atual, de forma a aprofundar a pesquisa científica. Usarei só esta classificação de maneira a subdividir os capítulos da minha dissertação para facilitar a fluidez.

Nesta revisão procuro compreender a relação da psicopatologia na idade adulta com o ASI. Para isso farei uma revisão da literatura existente que irei especificar na secção materiais e métodos.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Segundo a tipologia do estudo, a minha estratégia de pesquisa passou por utilizar diferentes bases de dados, nomeadamente PUBMED/MEDLINE e EMBASE, tendo como objetivo uma revisão da literatura existente.

Comecei por fazer uma pesquisa de termos MESH no PUBMED/MEDLINE, encontrando “*Child, sexual abuse*”, “*Adult Survivors of Child Abuse*” e “*Mental Disorders*” como os termos mais abrangentes sobre o tema. Como critérios de elegibilidade apliquei o intervalo de tempo de 5 anos e as línguas inglesa e portuguesa. A aplicação destes critérios tem como propósito fazer uma revisão da literatura publicada mais recente, tentando compreender aquilo que está a ser mais estudado atualmente e que ainda é desconhecido. A minha equação de pesquisa foi: (((("Child Abuse, Sexual"[Mesh]) OR ("Adult Survivors of Child Abuse/psychology"[Majr] OR "Adult Survivors of Child Abuse/statistics and numerical data"[Majr]))) AND ("Mental Disorders"[Mesh] AND "last 5 years"[PDat])). Resultou então em 847 estudos.

De seguida fiz uma pesquisa na EMBASE, adaptando de forma a encontrar a informação mais relevante. O resultado foi de 392 artigos adicionais.

Após leitura dos títulos e resumos pude excluir 102 artigos duplicados e encontrar os estudos relevantes que se inserem na minha temática.

Como critérios de inclusão considerei o ASI em jovens com idade inferior a 18 anos. Excluí os estudos que traduziam patologia infantil e da adolescência e foquei-me naqueles que se cingiam em psicopatologia do adulto (após os 18 anos). Foram excluídos 1012 que não atingiam estes critérios de elegibilidade. Resultando assim num total de 125 artigos. A pesquisa foi terminada em Novembro de 2019. Após pesquisa manual de referências referidas nos artigos, adicionei a esta revisão 6. Deste resultado, 131 estudos foram lidos na sua totalidade e avaliados em termos de qualidade segundo a tipologia de cada um. Excluí 61 artigos, pois não desagregavam os resultados do ASI dos restantes tipos de maus-tratos, com amostras pouco representativas ou grupos comparativos heterogéneos, sem acesso ao artigo integral.

Perfaz então um total de 70 estudos incluídos, que serão detalhados na secção resultados.

Fluxograma dos métodos na Figura 1.

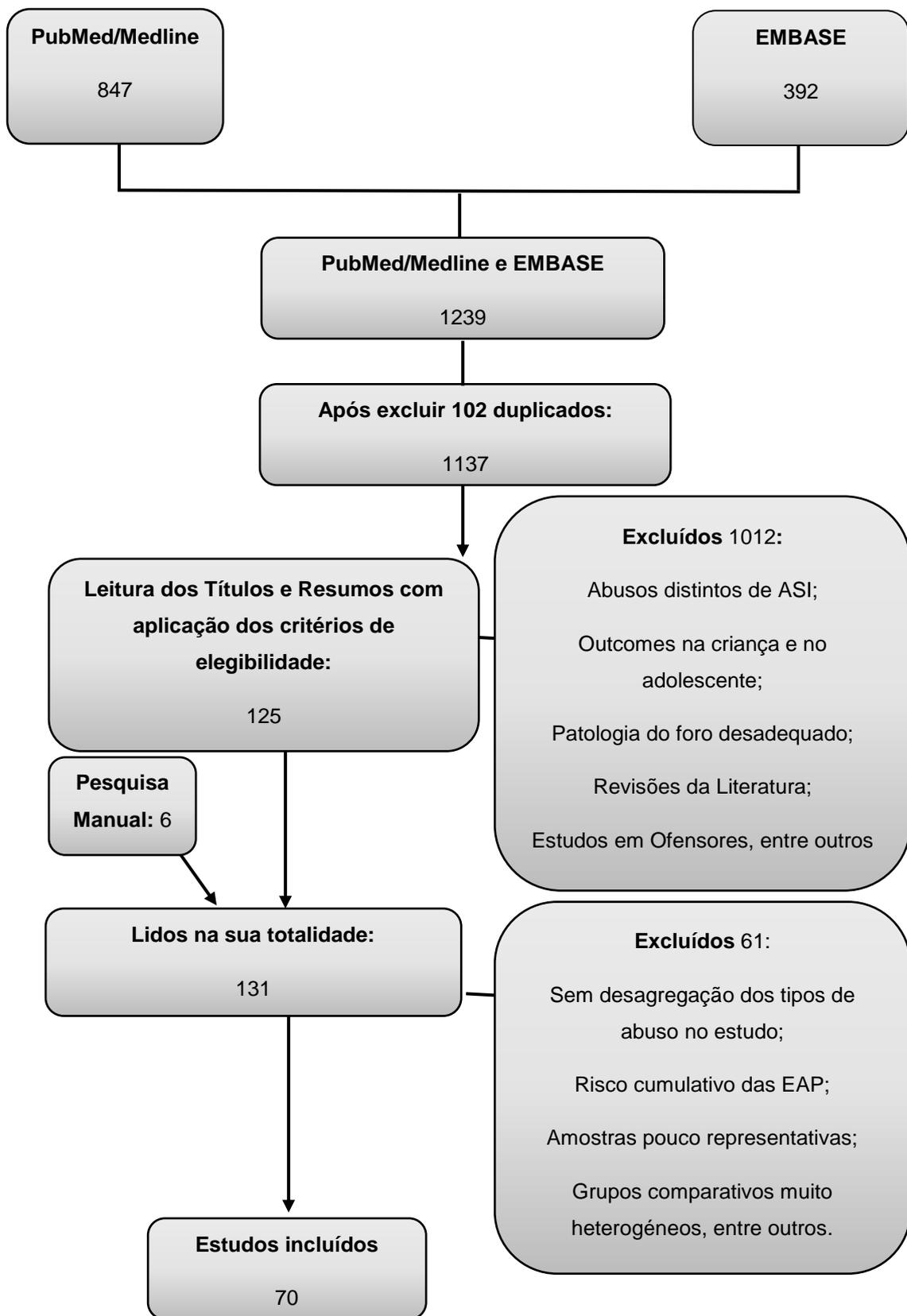


Figura 1: Seleção dos Estudos

## RESULTADOS

### **Perturbações de Internalização (Espectro Internalizante)**

Nesta nova classificação apresenta 2 subfactores: “distress” psicológico e medo (associado maioritariamente a perturbações do pânico, fobias). Neste espectro internalizante são importantes os traços de labilidade emocional, ansiedade, insegurança na separação, fragilidade, hostilidade, entre outros. Nesta secção vou cingir-me mais nas perturbações baseadas na presença de “distress” psicológico que implica os componentes da disforia, insónia, ansiedade, stress pós-traumático (evitação, lembranças intrusivas e hiper reatividade), e de dissociação, entre outros (7). A influência que este tipo de maus-tratos possa originar na psicopatologia internalizante parece ser consensual e bastante estudada.

Um estudo longitudinal ao longo de 25 anos, compreendendo 497 mulheres e abrangendo idades dos 18 aos 65 anos, avaliou as repercussões de maus-tratos infantis na saúde mental (8). Após discernir estas vítimas pela presença de ASI, concluiu que estas mulheres poderiam ter um maior risco relativo de desenvolver um distúrbio internalizante que a população em geral, quase o dobro RR:1,92 ( $p=0,009$ ). Havia uma probabilidade deste tipo de perturbações (nomeadamente depressão, ansiedade e stress pós-traumático) de 29% aos 20 anos em relação aos 15% da população não vítima. À medida que iam envelhecendo denotou-se também uma diminuição no risco de desenvolver doença, independentemente de história de maus-tratos. Contudo, estas vítimas mantiveram-se sempre com risco superior ao longo da vida.

Os mecanismos pelos quais a psicopatologia se inicia parecem ser bastante complexos. Há uma grande dificuldade por parte dos clínicos: psiquiatras e psicólogos, na correta deteção de “outcomes” mais prováveis e na otimização da terapêutica, em cada caso particular. De forma a colmatar estas lacunas, os estudos começam a incidir mais nas características do abuso sofrido pelas crianças e nas cognições peri-traumáticas desenvolvidas. Procura-se compreender melhor os mecanismos pelos quais se manifesta a doença nalgumas vítimas, certas “nuances” não tão óbvias.

Por exemplo, o “Grooming”, isto é, o aliciamento das crianças como forma de preparação para os atos abusivos e os manter indetetáveis, foi distinguido como particularmente grave na saúde mental das vítimas. Este tipo de abordagem nas crianças prejudica a compreensão das circunstâncias do abuso, e o seu papel no mesmo, dificultando a recuperação (9). Foram avaliadas, entre 277 adultos que sofreram ASI, 3 formas de “grooming”: coerção verbal (uso de autoridade sobre a vítima; promessas de dinheiro ou presentes e que o abuso era para o benefício da vítima), uso de drogas/álcool e uso de violência/ameaça. A forma mais usada foi a de coerção verbal,

onde o agressor procura uma dessensibilização da criança de forma a estabelecer confiança e submissão, podendo tornar os atos de tal forma ambíguos que a criança questiona a sua própria influência no abuso. Este facto é agravado por 50% das crianças terem menos de 5 anos no momento do abuso. Este tipo de “grooming” teve maior impacto na saúde sexual destes indivíduos, o que pode ser explicado por dificuldades em estabelecer limites e identificar comportamentos manipulativos nas relações adultas. No entanto, foi o uso de violência/ameaça que se associou a um maior impacto na saúde mental, especificamente: depressão, ansiedade, stress pós-traumático, dissociação e problemas do sono. Pode ser explicado por estas vítimas estarem constantemente num estado de alerta, com medo do agressor e das consequências de o negar, tentando encontrar estratégias mal adaptativas de evasão, como a dissociação.

Num estudo analítico englobando 10'156 adultos nas regiões da Arábia Saudita, concluiu-se que 20,8% sofreram de ASI. Nestas vítimas houve uma probabilidade 3 vezes superior de depressão, 2,6 de ansiedade e 4,1 de outra doença mental (10). Certas formas mais graves de abuso (penetração e recorrência) estavam associadas a maior prevalência de distúrbios mentais e comportamentos de risco ( $p < 0,01$ ). Ao todo, 12,1% das vítimas eram do sexo masculino, sofrendo todas as formas de contacto (penetrativo, toques e carícias) apresentando uma maior regularidade dos episódios de violência sexual. As culturas árabes conservadoras levam muitas vezes a que estas vítimas não revelem estas experiências por medo de repercussões individuais e familiares. Existe um grande estigma nestas sociedades, com a imposição de valores como: honra, fama e proteção da família, a castidade das raparigas, que não podem sair da habitação sem acompanhamento. No entanto, relações extraconjugais eram mais frequentes no futuro destas vítimas, onde as mulheres tinham um risco relativo 10.7 superior. Comportamentos externalizantes como fumar, consumir álcool e drogas também se demonstraram substancialmente superior nestas vítimas, mas mais impactante nos homens, sendo estudo de revisão à posteriori. Pensamentos suicidas também eram superiores nos homens em relação às mulheres.

Ser abusado por um familiar próximo pode levar então a uma disrupção do meio nuclear. O sentimento de segurança da criança no seu meio familiar é importante para um bom desenvolvimento cognitivo e emocional. Um trauma na infância pode levar a alterações dos mecanismos de stress e aumentar a ansiedade que se perpetua pela vida adulta. O distanciamento emocional da família foi associado a mais sentimentos negativos, nomeadamente estigma, traição e de impotência em relação ao abuso numa amostra de 198 sobreviventes de ASI ( $p < 0,001$ ) (11). Abuso continuado também foi um

dos fatores agravantes ( $p < 0,01$ ). Por sua vez, a presença desses sentimentos foi associado a maior ansiedade ( $p < 0,001$ ).

A presença de suporte social foi associado a uma diminuição dos sintomas depressivos num estudo longitudinal sobre a depressão nos homens vítimas de ASI, podendo ser ponderado como um fator protetor ( $p < 0,05$ ). Apesar do ASI ter-se associado ao aumento dos sintomas depressivos, a presença de outras adversidades na infância alteraram a significância nesta amostra (2'451 homens com idade adulta tardia – média de 66 anos), sendo necessário avaliar constantemente a presença de outros maus-tratos infantis (12).

Perturbações do sono, por exemplo a insónia, implica insatisfação com a quantidade ou qualidade do sono, que se manifestam por dificuldades em adormecer ou manter um sono contínuo, e acordar antes do horário habitual. Causam “sofrimento clinicamente significativo com prejuízo do funcionamento social, profissional, educacional, académico e comportamental, entre outros; estas dificuldades do sono ocorrem pelo menos 3 vezes por semana durante 3 meses” (13). Numa amostra representativa da população canadense avaliando múltiplas EAP, observou-se que contacto sexual indesejado estava associado a quase 3 vezes mais risco de desenvolver problemas do sono ( $p < 0,001$ ) (14). Neste estudo, as mulheres ou indivíduos com presença de outra comorbilidade psiquiátrica, tinham mais prevalência de perturbações do sono. Outro estudo epidemiológico observou que a insónia era mais frequente nestas vítimas ( $p < 0,0001$ ). O abuso por múltiplos perpetradores, ou com ameaça, também contribuía para estes sintomas num risco de 1.52 e 2.06 respetivamente, mas que se demonstraram não significantes após análise multivariável (15).

### **a) Perturbação de Stress Pós-Traumático**

Segundo a definição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais 5.<sup>a</sup> edição da Associação Americana de Psiquiatria (13) uma perturbação de stress pós-traumático desenvolve-se após: “exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual, com a presença de sintomas intrusivos, associados ao evento traumático (lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias; “flashbacks”; “coping”) através da evitação persistente de estímulos associados, com alterações negativas de cognição e de humor, na excitação e na reatividade” durante pelo menos 1 mês”. O trauma associado pode ser vivenciado pelo próprio, ou testemunhado noutras pessoas, por vezes familiares ou pessoas próximas.

Nestes casos de ASI é importante considerar que muitos outros tipos de abuso podem coexistir ao mesmo tempo, nomeadamente abuso emocional e físico ou formas de “neglect”, isto é, negligência das necessidades básicas adequadas à idade praticando o abandono, a falta de supervisão, ignorando necessidades físicas (como higiene pessoal, alimentação) ou emocionais da criança. Podendo haver algum risco cumulativo destas múltiplas formas de maus-tratos. Após agruparem 5’057 jovens por diversos tipos de abuso, concluiu-se que os jovens expostos apenas a violência sexual, tinham uma idade média de início do trauma de 6,69 anos, com risco médio de 1,31 de ter outro trauma coocorrente, ligeiramente inferior que outros tipos de abusos. Os sintomas de PSPT eram significativamente superiores ( $p=0,011$ ) após excluir a presença de outros potenciais fatores de risco, referidos anteriormente. Apesar de neste estudo se observar que o abuso emocional concomitante estava relacionado com doença mais grave e mais prolongada, conclui-se que o ASI por si só poderá ter importância no desenvolvimento desta patologia (16).

Certas cognições negativas desenvolvem-se durante a exposição ao trauma, maioritariamente de 3 tipos. Cognições sobre si mesmo pressupõem uma visão negativa do “self” em que a vítima se considera a si mesma incompetente, com pensamentos como: “Sou uma pessoa fraca”. Cognições negativas sobre os outros e o mundo desenvolvem-se com a generalização do perigo, atribuindo ao mundo uma conotação negativa, em que o mundo é um lugar perigoso: “Ninguém é de confiança”. “Self-blame”, isto é, culpa do próprio, também é frequente nas vítimas de ASI. Culpam-se a si mesmas pelo que aconteceu, atribuindo o trauma como algo que devesse ter evitado. Estas visões negativas estão atribuídas como um fator de risco para o desenvolvimento de stress pós-traumático, pois são persistentes e causadoras de sofrimento (17, 18).

Alterações negativas do humor, como tristeza, medo, raiva ou vergonha, também podem ser persistentes nestas vítimas e devem ser abordadas. Um estudo longitudinal

avaliou a presença de sintomas de stress pós-traumático em 138 indivíduos com histórico de ASI, entre os 18 e 71 anos, em 3 entrevistas ao longo de 4 anos (19). Resultou em 2 perfis latentes possíveis nestas vítimas. Um primeiro com sintomas subclínicos de PSPT com diminuição durante o envelhecimento, e um segundo com sintomas graves e diminuição apenas ligeira ao longo do tempo. As segundas vítimas sofriam mais frequentemente de violência física e ameaças por parte do agressor. Apresentavam mais sentimentos negativos como ansiedade, desamparo e medo. Tinham regularmente a percepção de baixo apoio social e dificuldades relacionais. No entanto estes resultados só podem ser generalizados para uma população com exposição a ASI grave, pois havia uma grande incidência de abuso com penetração (78,3%) e por pessoa de confiança (76,1%), nomeadamente pais biológicos e irmãos.

É importante avaliar estes doentes na capacidade de estabelecer e manter relações, que permitiriam um apoio na superação do trauma.

#### *Homens que fazem sexo com Homens*

É necessário compreender as particularidades de ambos os sexos das vítimas. As mulheres são o alvo da maioria dos estudos, sendo reconhecidas como as principais vítimas deste tipo de abuso. Contudo não se pode desconsiderar o sexo oposto. Para compreender as diferenças, um estudo avaliou uma subpopulação masculina (20). Homens que fazem sexo com homens (HSH) parecem ter uma prevalência maior de ASI em relação aos homens da população em geral, estando propícios ao desenvolvimento de “outcomes” negativos para a saúde mental. De 162 HSH, 46% sofriam de PSPT e 40% distúrbios de humor (perturbação depressiva major). ASI com uso de força física, com penetração ou com sentimentos de medo intenso (de morrer ou de ser gravemente ferido) durante o trauma associou-se a maior risco de PSPT, chegando a ser 4 vezes maior, no caso do uso de força física e 5 vezes maior na presença de medo intenso.

Também as cognições negativas peri-traumáticas, sobre si mesmo ou sobre o mundo, poderão estar associadas significativamente com o desenvolvimento de PSPT. Foram estudadas nesta subpopulação e afirmou-se uma variância de 31,7% (18). As características de ASI acima referidas foram também associadas a estas cognições negativas. Medo intenso e violência física aumentam o risco de elaboração de cognições mal adaptativas nestas vítimas, influenciando como se veem a si mesmas e o mundo que as rodeia. Por sua vez, estas características, contribuíam indiretamente através destas cognições na possibilidade de desenvolver maior stress pós-traumático. Os indivíduos tendo sofrido apenas de abuso sexual durante a adolescência apresentavam

por sua vez mais sentimentos de culpa em relação ao próprio, “self-blame”, culpando-se pela incapacidade de impedir o abuso, manifestando uma menor frequência de sintomas patológicos com severidade menor. Isto pode implicar que o abuso numa fase mais tardia de desenvolvimento pode ter menos risco de patologia de stress pós-traumático grave.

Observou-se também um risco superior de práticas sexuais de risco (múltiplos parceiros, sem uso de preservativo) e de seroconversão nas vítimas que sofreram de abuso com penetração (20).

Duas das estratégias de “coping” usadas são a de evitação, como negação e não envolvimento de estímulos ligados ao trauma, ou a de adaptação, como aceitação e “coping” ativo. Ao estudar a duração do abuso numa subpopulação de 290 homens, concluiu-se uma média de 6,6 anos do mesmo, com 39% consistente com diagnóstico de PSPT (21). Quanto maior a duração do abuso, maior a gravidade de PSPT em todas as suas formas, nomeadamente lembranças intrusivas, evitação persistente e hiperreatividade aos estímulos (hipervigilância, respostas de sobressalto exageradas). “Coping” através de evitação, especificamente o não envolvimento com estímulos que despertam as lembranças do trauma, continua até à vida adulta. Indiretamente promove a perpetuação da sintomatologia na vida adulta, pois esta passividade e distanciamento forçados, que inicialmente poderiam impedir repercussões do abusador, podem prejudicar a longo prazo a recuperação.

Nestes estudos, tornou-se aparente o conceito de produção sindémica, isto é, desafios durante o desenvolvimento, como por exemplo o ASI, em minorias sociais, como os homossexuais, já por vezes sujeitos a estigma, sinergicamente contribuem para múltiplas vulnerabilidades psicossociais na vida adulta. Também presente no caso de indivíduos com baixas condições socioeconómicas.

#### *Imobilidade tónica peri-traumática e perceção do corpo*

Trauma sexual parece estar fortemente associado a imobilidade tónica. Corresponde a um conjunto de reações involuntárias da vítima, originando uma inibição motora e vocal, resultando na incapacidade de se defender ou chamar por ajuda. Pode incluir analgesia, tremores e diminuição da temperatura corporal (17).

A vítima está em total consciência do que a rodeia e inconscientemente utiliza esta última linha de defesa, pois as típicas respostas ao perigo, “freeze”, “fight” or “flight” falharam. É substancialmente diferente do “freeze”, isto é, ficar imóvel, porque este supõe um estado mais alerta, enquanto a imobilidade tónica é um estado sem qualquer

resposta a estímulos, quase catatónico. Para induzir este estado é necessário um grande sentimento de impotência e medo intenso, com praticamente nenhuma probabilidade de escapar (17).

Avaliou-se a presença de IPT em diversas formas de trauma, numa amostra representativa de 3'744 participantes entre os 15-75 anos (22). Apesar de neste estudo se ter concluído que todas as formas de trauma poderiam causar IPT, ASI apresentou os valores mais altos na escala de medição, juntamente com violência sexual em adulto. Este estudo assinala ainda uma maior frequência e severidade dos sintomas nestes traumas de cariz sexual.

Cerca de 46 mulheres com historial de contacto sexual indesejado antes dos 18 anos preencheram questionários sobre a presença de IPT, na forma de sintomas físicos ou emocionais, como por exemplo o medo. Também foram avaliadas as cognições traumáticas, "self", "world" e "self-blame", e a presença de sintomas pós traumáticos patológicos. A severidade dos sintomas e a presença de cognições negativas sobre si mesmo estiveram positivamente relacionadas com a componente emocional da IPT, mais concretamente a perceção de que não conseguiam escapar ( $p < 0,05$ ). De certa forma esta perceção de aprisionamento promovia o desenvolvimento de cognições negativas sobre si mesmo, estando ambos relacionados com o agravamento e risco da PSPT (17).

A figura 2 resume as relações entre Imobilidade Peri-Traumática e Perturbação de Stress Pós Traumático (17).

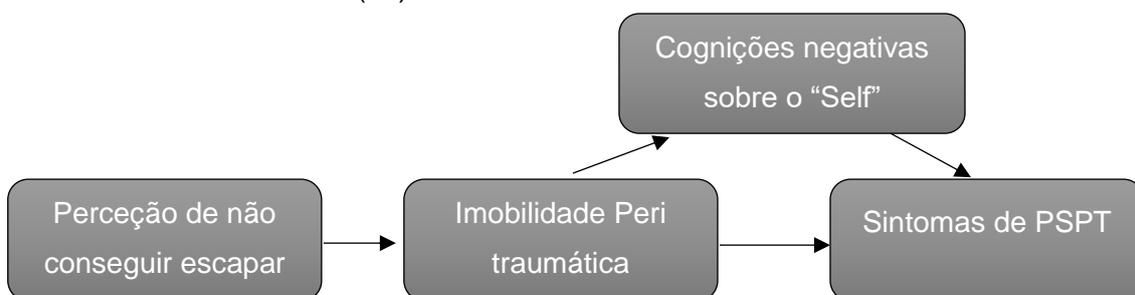


Figura 2: Relação entre Imobilidade Peri-Traumática e Perturbação de Stress Pós Traumático

A dissociação peri-traumática também é um dos mecanismos reacionais agudos ao trauma, diferente deste, que vou abordar com maior pormenor posteriormente neste estudo.

Conjuntamente, a perceção que estas vítimas têm sobre o seu corpo pode ser adulterada após esta forma de abuso. Manifestando-se como raiva, culpa ou repugnância por certas partes do seu corpo. Dyer, A. et al (23) procuraram estudar em mulheres sobreviventes de ASI, alterações na forma como viam o seu corpo,

comparando grupos de doentes com a presença de PSPT ou com Perturbação de Personalidade “Borderline”. Perturbação de Personalidade “Borderline” está associada a desregulação emocional e visão negativa sobre o seu corpo, sendo definidos como o grupo de controlo neste estudo, juntamente com controlos saudáveis.

Doentes com ASI reportaram significativamente mais zonas do corpo com conotação negativa, especificamente a região púbica, nádegas e coxas, funcionando como um potencial desencadeante de memórias aversivas. Vítimas com PSPT sentiam culpa e vergonha mais intensamente, redirecionando os sentimentos negativos, como repugnância, em relação ao seu corpo e a si mesmas, de acordo com os estudos anteriores (23).

### *Crescimento psicológico pós-traumático*

As estratégias cognitivas desenvolvidas nem sempre são negativas. E por vezes, cognições positivas permitem a recuperação do trauma e auxiliam na diminuição dos sintomas patológicos destas vítimas. Crescimento pós-traumático é um termo que se utiliza para denominar as alterações psicológicas positivas após transpor acontecimentos traumáticos. Frequentemente são fundamentadas em três categorias: alterações na auto percepção, nas relações com os outros, e nas filosofias de vida. De forma a atingir esta mudança, é necessário perseverança e reflexão deliberada dos acontecimentos passados. As vítimas referem uma necessidade de procura de um significado para o trauma, procurar um sentido no comportamento do próprio que o possa ter posto numa posição de vulnerabilidade e conversar com alguém para ter um ponto de vista externo (social, cultural e religioso) (24, 25).

Muitas estratégias cognitivas podem contribuir para este crescimento, nomeadamente esperança, resiliência e auto perdão. O tempo que passou desde o abuso e o apoio após a divulgação a pessoa próxima, profissionais de saúde ou entidades policiais são também estudados como possíveis fatores importantes. Contrariamente, no caso do sexo masculino, as normas masculinas tradicionais podem ser nefastas para o crescimento. Estas incluem controlo emocional, correr riscos, violência e dominação, com procura de status e autossuficiência, entre outras (26).

Kaye-Tzadok, A. et al (25) estudaram estas estratégias em 100 mulheres. Procuraram relações com o crescimento pós-traumático e a diminuição dos sintomas patológicos de stress pós-traumático. De todas as estratégias, concluiu-se que apenas a esperança teve importância no crescimento e na diminuição dos sintomas. Auto culpabilizar-se pelo acontecimento de alguma forma também tinha um efeito positivo,

explicado como uma maneira de o stress psicológico agudo contribuir para pensamentos ruminativos, que proporcionavam a reflexão sobre o acontecimento. Isto é, permitia que procurassem sentido no que lhes aconteceu, para que reconquistassem a confiança na sua capacidade de influenciar os eventos da sua vida. À medida que o tempo passa seria substituído por auto-perdão.

A resiliência contribuiu para o crescimento de uma forma curvilínea. Isto pressupõe que baixos níveis de resiliência diminuem a capacidade destas vítimas ultrapassarem o trauma, pois ainda estão psicologicamente entregues à dor e angústia. No extremo oposto, altos níveis de resiliência também impedem algum grau de angústia importante para a correta reflexão sobre o impacto do trauma em si mesmo. O ideal para o crescimento, seria então um nível médio de resiliência, para contribuir para o empenho na recuperação destas mulheres, com o uso de estratégias de “coping” adaptativas mais positivas. Apesar de estas conclusões serem interessantes, não se basearam numa população representativa. Apenas se aplica a mulheres de baixo estrato socioeconómico, de certas minorias étnicas, que já por si só têm dificuldades em aceder aos cuidados de saúde e estão sujeitas a estigma social (25).

As normas tradicionais masculinas, no estudo de Easton, A. et al (26), realizado a 487 homens, foram consideradas como impeditivas do crescimento. Estas impediam de alguma forma a aceitação de vulnerabilidade, prejudicando conseqüentemente a introspeção. Ser abusado por figuras de autoridade, nomeadamente membros do clero, pais ou professores, foi referido como impeditivo do crescimento. Contudo, neste estudo não foi uma das dimensões que o influenciaram. Para o crescimento é necessário compreensão do abuso na sua essência, nomeadamente que o abuso é culpa do perpetrador e não do “self” e aceitar os comportamentos e sentimentos que daí resultaram. Por fim, neste estudo denotou-se que o crescimento não tinha relação propriamente dita com a passagem do tempo, mas sim com a melhor compreensão do fenómeno.

Muitas vezes, o culminar do crescimento manifesta-se como um momento decisivo nas suas vidas, em que a partir daquele ponto se sentem mais capazes e com melhor discernimento em relação à forma como se veem a si mesmos e o mundo. No estudo anteriormente referido, 70,2% verbaliza a experiência de um “turning point” e nesta amostra, estava positivamente correlacionado com o crescimento ( $p < 0,001$ ) (26).

A figura 3 comporta as variáveis relacionadas com o Crescimento Pós-Traumático.

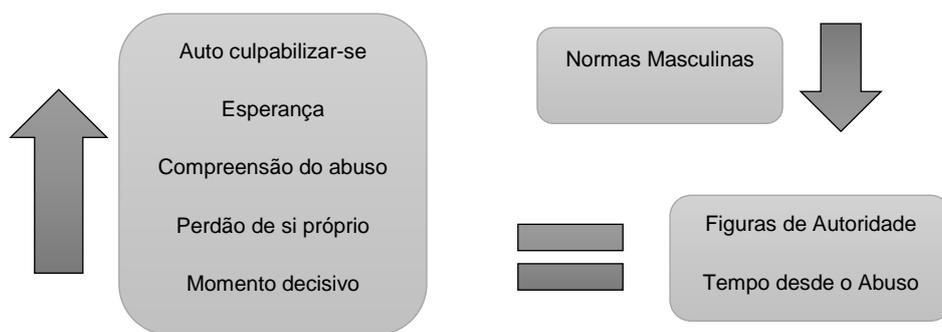


Figura 3: Crescimento Pós-Traumático: ↑ Aumenta ↓ Diminui = Sem relação

### **b) Perturbações Dissociativas**

A perturbação de dissociação é definida como “uma perturbação e/ou descontinuidade da integração normal de consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação corporal, controlo motor e de comportamento”. Estas podem ser diagnosticadas como: perturbação dissociativa de identidade, anteriormente designada como distúrbio de personalidade múltipla; amnésia dissociativa; sintomas de despersonalização/desrealização; ou outro não especificado (13).

Um dos inúmeros estudos sobre este tema comparou três amostras de doentes psiquiátricos. A primeira com Perturbação Dissociativa (PD), a segunda com PSPT relacionado com abuso, e uma última com perturbações não especificadas (PNE) (27). Os autores avaliaram a presença de diferentes tipos de abuso e gravidade e a sua relação com a presença de dissociação. A frequência do abuso sexual foi maior no grupo PD, apenas comparativamente ao grupo PNE. Contudo, a severidade do abuso foi maior em relação aos dois outros grupos. Através da análise da forma de regressão dos diferentes tipos de abuso, o abuso sexual acabou por ser o único marcador de mais sintomas dissociativos patológicos graves, nas 3 amostras de doentes ( $p < 0,001$ ). Isto permite concluir que, segundo este estudo, os doentes com PD poderão sofrer de mais ASI do que os restantes grupos psiquiátricos, com exceção do grupo com PSPT. Estes “outcomes” podem refletir uma gravidade superior desses mesmos sintomas em ambos os grupos. As amostras foram de dimensões reduzidas e o estudo de natureza transversal, não se podendo inferir causalidade.

A regulação emocional, nos adultos sobreviventes de ASI, pode estar alterada. Estas vítimas poderão sofrer de dificuldades na regulação de emoções mais negativas, como o medo e a tristeza, podendo utilizar estratégias que prejudicam o bem-estar. Por exemplo, a dissociação seria uma dessas estratégias mal adaptativas que permite lidar com o trauma psicológico, através, entre outras, da desrealização. Desrealização

implica “experiências de irrealidade ou distanciamento do ambiente ao redor clinicamente persistente ou recorrente” (13). Ao estudar estas estratégias de “coping” intrapessoal numa amostra de indivíduos com stress pós-traumático, Bradley, A. et al (28) associaram que as vítimas de ASI poderiam sofrer de mais desrealização e automutilação, e que essas estratégias implicavam uma maior severidade dos sintomas de PSPT ( $p < 0,05$  e  $p < 0,005$  respetivamente). As emoções negativas como tristeza, repugnância e medo estavam relacionadas com a desrealização e com a automutilação. Ou seja, dificuldades na regulação destas emoções parecem associar-se a um maior uso de estratégias deletérias à saúde que contribuiria então a um aumento da severidade dos sintomas de PSPT.

Um dos mecanismos de mediação estudados foi o da insegurança na ligação adulta (29). Uma ligação implica uma dinâmica mental relativamente estável. Uma disrupção, através de um trauma na infância, poderá influenciar futuramente o relacionamento com o mundo externo. Parecem haver duas dimensões fundamentais: através da ansiedade (procura do relacionamento íntimo, com medo da rejeição e abandono) e da evasão (autonomia e baixa tolerância). Este estudo englobou 115 indivíduos com trauma psicológico e concluiu que o efeito direto do ASI na dissociação não era significativo ( $p > 0,05$ ), mas que o efeito indireto, através da insegurança na ligação interpessoal, era significativo ( $p = 0,004$ ). Após a avaliação das subdimensões desta insegurança, nenhuma das duas foram significantes. Pode inferir-se que esta insegurança pode ser um dos meios que leva a uma maior dissociação mas que implica um efeito sinérgico de ambos os mecanismos.

Segundo Haferkamp et al (30), a PD poderia ser explicada por uma falta de defesa ativa contra uma ameaça iminente e extrema à segurança do indivíduo, nomeadamente perigos físicos, como abuso sexual e físico. Os sintomas dissociativos seriam um mecanismo de escape nestes indivíduos. No entanto, e apesar dos estudos se basearem nisso, o ASI parece cada vez mais ser apenas um dos fatores potencialmente contribuintes, e não o único, podendo estes sintomas serem explicados por diferentes abusos na infância, nomeadamente abuso emocional e físico, negligência, ou outras particularidades como violência por parceiro íntimo, ou dificuldades psicossociais por exemplo. O seu estudo realizado numa população de 203 mulheres com PSPT concluiu que o ASI permanecia significativo mas, no entanto, perdia influência. Apesar das limitações neste estudo, nomeadamente a falta de controlo de outras comorbilidades psiquiátricas, o abuso emocional tornou-se o fator mais preponderante, uma variável de confundimento a ter em conta.

O ASI pode ter impacto ainda na vida sexual adulta. Sintomas dissociativos podem recorrer durante as relações sexuais, sendo desencadeados pelo toque ou desconforto na intimidade. Um dos poucos ensaios clínicos randomizados nesta área estudou a presença de dissociação durante a estimulação sexual visual (31). Comparou mulheres vítimas de ASI, com e sem administração de álcool, pois este é um fator que também parece estar relacionado com a dissociação. Através de um inquérito após o ensaio clínico, as participantes respondiam que ou se sentiram desconectadas de alguma parte do seu corpo, ou se o mundo não parecia real. O grupo com consumo de álcool não apresentou significância nas interações com o ASI, concluindo-se que poderia aumentar os sintomas dissociativos independentemente do passado de abuso. Concluíram ainda que, estratégias cognitivas durante o ensaio, de forma a aumentar a concentração audiovisual, diminuíam os sintomas dissociativos ( $p < 0,05$ ). Ou seja, permitia atenuar o efeito da severidade do ASI nos sintomas dissociativos em resposta ao estímulo sexual. O uso de estratégias cognitivo-comportamentais pode ter implicações no tratamento destes sintomas. Como limitações, não avaliaram previamente através dos inquéritos, a presença destes sintomas antes do ensaio clínico. Também não comparou com uma amostra clínica. Estes resultados não poderão ser generalizados.

Tal como a desrealização, a despersonalização é uma estratégia mal adaptativa possível em consequência do trauma. Define-se como “experiências de irrealidade ou distanciamento da própria mente, de si ou do corpo” clinicamente persistente ou recorrente (13). Parece ser uma estratégia emergente, particularmente em adultos sobreviventes de abuso sexual na adolescência. Também frequente nesta faixa etária e nos jovens (18-25 anos), são as lesões autoprovocadas de intenção não suicida, isto é, o “dano intencional autoinfligido à superfície do seu corpo, sem intenção suicida” (13). Gomez, J. et al (32) procuraram compreender se o abuso sexual na adolescência teria um impacto mais preponderante nestas estratégias de “coping”. Concluiu que, em relação ao abuso na idade adulta e antes dos 13 anos, o abuso na adolescência associou-se a maior impacto nas lesões autoprovocadas, principalmente se considerássemos abuso por ente próximo. A despersonalização foi um dos mecanismos que mediava este efeito.

Numa amostra de 348 mulheres da comunidade, 34% sofreu de vitimização sexual e 30% física, por parte de parceiro íntimo. Algumas formas de dissociação como a amnésia, isto é, a “incapacidade de recordar informações autobiográficas” (13) e a despersonalização, parecem estar relacionadas com a manutenção de um estado psicológico seguro, de forma a prolongar as relações com o parceiro apesar de

abusivas, contribuindo para manutenção de relações pouco saudáveis. Cerca de 39% das mulheres reportou ASI, podendo aumentar a vulnerabilidade aos sintomas patológicos neste contexto. Nesta amostra, a interação entre o ASI e a vitimização sexual está presente nas duas formas de dissociação ( $p < 0,001$ ), especificamente quando sentimentos negativos, como o medo do abandono se tornavam clinicamente significativos.

Uma maior gravidade do ASI pareceu associar-se a maior frequência de sintomas dissociativos nas vítimas que experienciam abuso na vida adulta. Isto permite intuir que poderão depender mais destas estratégias de “coping”, quando pretendem manter a relação por medo de abandono. Por sua vez, ao dependerem mais destas estratégias, correm um risco acrescido de vitimização, tal como referido anteriormente em relação à ansiedade de separação. Num estudo prospetivo, com a duração de 32 anos, procurou-se compreender o impacto da dissociação nestas questões de revictimização, como possível fator de risco. A amostra correspondeu a 80 mulheres, com a presença de 37 vítimas de abuso sexual ou físico até aos 17.5 anos de idade, avaliando-se a presença de revictimização entre os 20 e 32 anos de idade.

Estudando os abusos separadamente, concluiu-se que a revictimização era explicada por ambos, o ASI significativamente implicado ( $p = 0,007$ ). A dissociação, quando presente, funcionou como intermediário destas experiências em fases mais tardias, estimando-se um efeito parcial de 21,9% na revictimização. Clinicamente, pode haver uma necessidade de intervir mais cedo. Prevenir o ASI também pode ajudar a antecipar a perpetuação de ciclos de violência, que podem seguir estas crianças até a vida adulta. Perceber como a dissociação influencia e se relaciona com estas questões é importantíssimo para relações íntimas mais seguras e saudáveis (33, 34).

## **Suicídio**

O suicídio é um problema à escala global, afetando países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nas estatísticas mais recentes da OMS (35), cerca de 800'000 indivíduos morrem por suicídio por ano. Em 2016, foi a segunda causa de morte nos jovens dos 15 aos 29 anos. É importante instaurar medidas de prevenção e de identificação de fatores de risco neste período de transição do início da adolescência até o começo da idade adulta.

Não podemos simplesmente pensar que o suicídio é um momento único que põe fim à vida de uma pessoa. Muitas vezes, existem tentativas prévias e sinais de que algo não está bem na saúde mental. A identificação de EAP como maus-tratos na infância pode ser um dos fatores a considerar. De facto, o ASI tem vindo a ser estudado e considerado um dos fatores de risco associados à concretização do suicídio.

Um estudo de base populacional procurou compreender a associação de diversas EAP e as tentativas de suicídio. Avaliou a exposição de 22'559 canadenses, a múltiplos traumas na infância. 2,96% reportaram tentativas de suicídio e 5,87% ASI. A maior prevalência de tentativas prévias foi nas vítimas de ASI, mas também nas vítimas de violência física na infância e testemunhas de violência doméstica entre os pais ( $p < 0,001$ ). Concretamente a presença de abuso sexual previu um risco 4 vezes superior de suicídio nesta população. A presença de depressão, ansiedade, abuso de substâncias e dor crónica também foram bastante prevalentes nestes indivíduos. Foram considerados mediadores parciais, entre as EAP e o suicídio, representando cerca de 45% da associação (36).

A depressão é um dos distúrbios frequentemente estudado em contexto de suicídio. Por vezes confundindo os resultados, mas também funcionando como um fator de risco sinérgico. Vários estudos avaliaram amostras de doentes com perturbação depressiva major (PDM), controlando a gravidade dos sintomas, e procuraram associações entre o ASI e o suicídio.

Com base na Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio abordada no artigo, os sentimentos de alienação social e de se sentirem um fardo para os outros, contribuem para que o indivíduo se encontre numa situação desesperada, sem retorno ou salvação, culminando em ideações suicidas. O ASI relaciona-se, neste contexto, com a formulação de cognições negativas sobre si próprio. Sentem-se desvalorizados e sem pertença. O estigma e as traições por pessoa próxima (no caso de abuso por familiar ou amigo) contribuem para estes sentimentos. Nesta teoria, também se refere uma capacidade adquirida para o suicídio. Este conceito está relacionado com a exposição precoce e frequente a violência e medo. De alguma forma o limiar de execução de

comportamentos suicidários diminuí, devido a uma habituação ao sofrimento e dor, diminuição do medo de morrer, aumentando o risco de suicídio. Avaliando a presença de abuso físico, emocional e sexual em 84 doentes com PDM, concluiu-se que, apenas o abuso emocional estava relacionado com o aumento dos sentimentos acima referidos, contribuindo dessa forma indiretamente em ideações suicidas. Apesar de o ASI não produzir um efeito importante nesses sentimentos, estava relacionado com a aquisição da capacidade para o suicídio ( $p < 0,001$ ), mas que contraditoriamente por si só não aumentou o risco de suicídio, explicado como resultado de uma amostra relativamente pequena. Neste estudo, também se observou uma maior prevalência de suicídio no sexo masculino (37).

A população geriátrica é muitas vezes sub-representada nestes estudos, e pensa-se estar associada a um maior viés. Esta subpopulação pode apresentar maior maturidade e regulação emocional, alterando a forma como respondem aos questionários. Um estudo analítico, de 449 indivíduos com idades acima dos 60 anos, avaliou a presença de depressão geriátrica e de maus-tratos infantis. Observou que o abuso sexual foi o menos reportado, apenas 9.8%, mas que controlando a presença de depressão, correspondia a um risco sensivelmente 5 vezes superior de suicídio na vida tardia ( $p \leq 0,001$ ) (38).

#### *“Self-harm” e diferenças entre os géneros*

Lesões autoprovocadas de intenção não suicida, como referido anteriormente, são muito frequentes em adolescentes e associadas a dissociação. É particularmente importante diferenciar de um contexto de "Self-harm" com a presença ou não de intenção suicida, pois este último é um termo mais abrangente e pode ser um sinal precoce de risco suicida. Em 258 doentes psiquiátricos homogêneos, 82.7% e 17.3% foram diagnosticados com PDM e Perturbação Bipolar, respetivamente (39). A presença de ASI associou-se a um risco superior de suicídio, comparativamente mais significativo às restantes formas de maus-tratos infantis ( $p \leq 0,001$ ). Mais especificamente, nas vítimas do sexo feminino. Em relação ao “Self-harm” e lesões de intenção não suicida, o ASI foi o único tipo de abuso que não demonstrou conexão, estando mais associado a abuso emocional e “neglect”. Talvez porque o risco de suicídio não seja mediado por estas práticas na idade adulta, mas talvez durante a adolescência.

No sexo masculino, não se comprovou diferença estatisticamente significativa e, portanto, a presença de ASI não se associou a um maior risco de suicídio. Foi interpretado como a possível presença de mais sintomas depressivos atípicos nos homens (reatividade do humor, aumento do apetite ou peso, hipersónia, entre outros)

associado também à alexitimia (incapacidade de discernir emoções), que dificultaria o acesso aos cuidados de saúde e o seu correto tratamento. E também, pelo facto de o sexo masculino se associar mais frequentemente a comportamento externalizante, com mais componentes de agressividade (comportamento antissocial), e talvez, não tanto o uso do “self-harm”. Neste contexto, o estudo duma população de adultos encarcerados, demonstrou-se relevante para entender as diferenças entre ambos os sexos. A prevalência de maus-tratos infantis é frequente nesta subpopulação. A presença de tentativas prévias de suicídio demonstrou estar correlacionado com o ASI, mais uma vez, apenas nas mulheres. Um risco 6% superior ( $p < 0,05$ ). Nos homens, ao contrário das mulheres, “neglect” físico era o único fator associado a um risco de suicídio superior (7%). Contrariamente ao estudo anterior, em ambos os sexos, o ASI estava correlacionado com lesões autoprovocadas de intenção não suicida. O facto de estarem encarcerados, pode ter sido um dos motivos para estes comportamentos serem despoletados. O sentimento de aprisionamento e o ressurgir de eventos passados neste novo contexto social, pode levar a um aumento deste mecanismo de “coping”, de forma a recuperar o controlo emocional. A Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio foi corroborada neste estudo, pois associou o trauma precoce a um acontecimento recente de alienação social e de encarceramento, originando uma prevalência elevada de tentativas de suicídio (56% nos homens e 50.3% nas mulheres) (40).

Para melhor entender o impacto do “Self-harm” e das lesões de intenção não suicida foi feito um estudo coorte (41). Escolheram 166 raparigas adolescentes, que entraram para o sistema de justiça juvenil e formaram dois grupos. Um primeiro com apoio da assistência social multidimensional, de forma a prevenir comportamentos sexuais de risco e abuso de substâncias. Um segundo grupo, de controlo, não recebeu apoio adicional. Avaliaram a presença de sintomas depressivos e de ansiedade em 3 entrevistas com 12 meses de intervalo. ASI forçado em idades muito jovens, após controlar outras formas de abuso, estava associado a uma probabilidade adicional de 14% de se suicidarem e 17% de comportamentos para suicidários. Sendo importante realçar que a relação só se mostrou significativa quando o abuso acontecia em idades mais jovens, antes dos 13 anos, e com uso de violência. Apesar de o ASI forçado associar-se ao aumento dos sintomas de ansiedade, estes não mediaram a relação, contribuindo para o facto de o ASI ser um possível fator de risco para o suicídio, independente de perturbações psiquiátricas. Referiram a importância de perceber melhor como é que o “Self-harm”, como estratégia de “coping”, poderá estar associado a uma forma de habituação à dor e medo, aumentando assim o risco de suicídio.

A cultura também é um aspeto importante a considerar. Em determinadas zonas do mundo, a presença de uma cultura confucionista (filosofia ou doutrina chinesa), pode ser um fator de risco adicional. A pressão social e familiar que estas vítimas sofrem pode contribuir para um aumento de sentimentos negativos e para a ocultação destes casos. Em Taipei (China), 4'327 jovens foram abordados de forma compreender o impacto do ASI nestas vítimas (42). A prevalência de ASI foi baixa, principalmente no sexo masculino, apenas 5.15%. Neste contexto, pode estar associado ao facto de não tão facilmente divulgarem o trauma. Também se verificou neste estudo que os rapazes eram mais abusados por familiares, havendo maior prevalência de abuso com penetração. Por seu lado, as raparigas mais por não familiares. ASI contribuiria dessa forma para uma grande variedade de comportamentos de risco para a saúde. O sexo masculino foi associado a maior risco de fumar, consumir álcool, praticar jogo de casino e disputas (lutas) com os outros. Também esteve associado a maior ideação suicida e tentativas de suicídio. O sexo feminino tinha maior probabilidade de consumir álcool, praticar jogos de casino e de ideação suicida, principalmente se associado a instabilidade no domicílio. Esta instabilidade pode estar associada a uma falta de supervisão parental, ou pela presença de desvantagens socioeconómicas.

O estudo de base populacional, previamente citado, também concluiu que o sexo masculino teve menor tendência para se suicidar, ao contrário das mulheres vítimas de ASI (36).

Estes estudos são muitas vezes contraditórios, não havendo uma relação sustentada entre o ASI e os comportamentos suicidários e para suicidários. No entanto, começamos a encontrar um padrão. Apesar de o ASI masculino poder estar associado a maior número de comportamentos externalizantes, abuso mais grave por familiares e com penetração, parece que de alguma forma não se associam a mais tentativas de suicídio. Contrariamente, as mulheres estão associadas a maior número de comportamentos para suicidários e suicídio.

#### Modelo de Stress-Diátese

Van Heeringen K. e Mann JJ. descreveram um modelo de risco de suicídio, denominado Modelo de Stress-Diátese (43). Este Modelo envolve a junção de fatores distais – genéticos e mecanismos epigenéticos do indivíduo em resposta a EAP. Estes constituintes representam a suscetibilidade ao suicídio – diátese. A outra componente abrange a resposta adulterada a stressores a nível neuro-químico (anormalidades serotoninérgicas e do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal). Estas alterações estão implicadas nas perturbações psiquiátricas e no controlo cognitivo da dor emocional

aguda, também relacionada com eventos adversos de vida mais proximais (problemas matrimoniais e socioeconómicos, por exemplo). É preciso avaliar o risco de suicídio num todo e não apenas num contexto de distúrbio psiquiátrico agudo. É igualmente necessário avaliar concomitantemente os fatores de diátese, ou seja, reconhecer indivíduos já previamente suscetíveis.

Dois exemplos de diátese são: a presença de história familiar de suicídio e o ASI. Foram avaliados os dois em conjunto numa população de risco acrescido, com diversas perturbações psiquiátricas, nomeadamente PDM, esquizofrenia e perturbação de personalidade “borderline”. Foram escolhidos 290 doentes com ideação suicida ou tentativas recentes de suicídio (44). Neste estudo comparativo concluiu-se que vítimas de ASI sofreram de um maior número de tentativas de suicídio ao longo da vida, e com início em idades mais jovens que os indivíduos com história familiar de suicídio, ou sem qualquer outro componente.

Outro estudo também concluiu que doentes depressivos com historial de “neglect”/abuso emocional e abuso sexual associavam-se a um risco superior de suicídio, com um aumento do risco até 6% ( $p=0,032$ ). Não se denotou um aumento do risco na presença de mãe com história de suicídio ou abuso de substâncias (45).

A impulsividade está relacionada com decisões bruscas de terminar a vida, por vezes sem haver uma intenção prévia de o fazer. Pode ser considerado um traço de personalidade, um estado ou comportamento. O limiar de controlo de impulsos diminuído, proposto por baixa atividade serotoninérgica, parece estar relacionado também com o suicídio. Considerado maioritariamente um fator de diátese, pode ser um fator de risco num contexto de “distress” emocional agudo, como o caso de distúrbio psiquiátrico presente. Apesar de estar associado a maior número de tentativas de suicídio e a maior ideação suicida, não foi considerado um fator de mediação entre a o ASI e o suicídio. São ambos fatores de diátese independentes, pois a impulsividade não era influenciada pela presença de ASI. É necessário cuidado na interpretação, pois este estudo realizou-se numa amostra de doentes com patologia psiquiátrica. Em indivíduos saudáveis estes resultados poderão estar sujeitos a vieses. No entanto, ficou esclarecido, que para avaliar o risco de suicídio, não se pode considerar apenas EAP, mas também a capacidade de controlar impulsos, num contexto de “distress” emocional agudo (46).

O abuso de substâncias, para além da depressão e ansiedade, também é estudado como mediador entre EAP e o suicídio. É considerado um dos fatores proximais de stress, que aumenta o risco de suicídio, através de desregulação

emocional aguda, aumentando também a impulsividade. O objetivo é compreender a dimensão do impacto quando relacionado com historial de ASI.

Foi avaliada a presença de ASI numa amostra de 186 doentes com dependência de álcool, comparados com controlos sem dependência. Concluiu-se que, na presença de ASI, as tentativas de suicídio demonstraram-se superiores nos indivíduos dependentes de álcool, com um risco 3 vezes superior. Como limitação, não avaliaram a presença de comorbilidades psiquiátricas (47).

Numa amostra de 284 indivíduos, com perturbação de uso de substâncias, a prevalência de ASI foi de 15.8%, quase 40% no sexo feminino (48). Valor substancialmente elevado nestas mulheres. 31.9% denunciou tentativas prévias de suicídio e após análise multivariável, independente de outras variáveis sociodemográficas e de abuso físico infantil, o ASI foi o preditor mais forte. Apresentava um risco 2.5 vezes superior nos doentes dependentes de álcool ( $p=0,035$ ). A revictimização também foi um dos preditores de suicídio, relevando a importância de ter sempre atenção a estas vítimas ao longo da vida. Também aqui uma história familiar de suicídio não contribuiu para o aumento do risco suicida, no entanto, a presença de abuso de substâncias em familiares ou outros problemas psiquiátricos obteve significância. Corroborar a importância de refletir em diversos fatores distais, para além de considerar apenas a genética. A propagação do abuso ao longo das gerações e a severidade psiquiátrica familiar pode vir a ser mais importante, nestes casos, do que propriamente transmissão direta dessa tendência. Nesta amostra também se verificou um suporte social baixo, tanto nas vítimas de ASI, como nas vítimas com tentativas de suicídio, devendo ser um dos fatores também a considerar.

Esquema resumo dos resultados na Figura 4, encontrando-se na página seguinte.

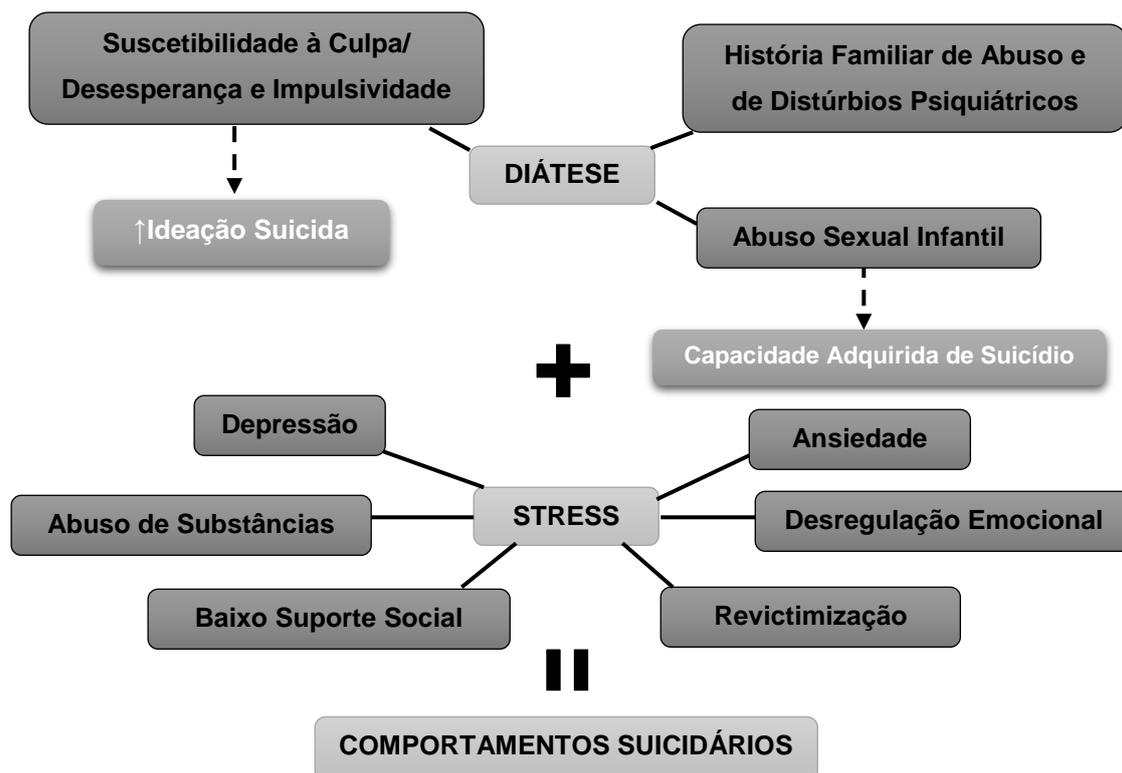


Figura 4: Comportamentos Suicidários: Esquema resumo

Denota-se que os mecanismos subjacentes não estão totalmente compreendidos. É necessário procurar bio marcadores e estudar a forma de como a epigenética e os processos neurológicos estão implicados no aumento de risco de suicídio em indivíduos suscetíveis.

A interligação entre as EAP e o desenvolvimento de comorbilidades psiquiátricas e como isso culmina no suicídio é multifatorial e complexo. Apesar dos esforços para compreender a forma como se relacionam, direta ou indiretamente, muito ainda falta expor.

## **Perturbações de Externalização (Espectro Externalizante)**

Nesta secção irei referir as perturbações de externalização do ramo da desinibição, mais estudadas, e que incluem: abuso de álcool, tabaco ou de drogas, por exemplo cannabis e cocaína. Para além disso, podem incluir comportamentos de risco, tais como: número muito elevado de parceiros, relações sexuais sem uso de preservativo, injeção de drogas endovenosas, partilha de seringas, comércio sexual, entre outros. O espectro antagonista associa-se mais a traços de grandiosidade, procura de atenção, egocentrismo e manipulação, e portanto, está mais associado a perturbações da personalidade. Contrariamente o espectro de desinibição promete mais traços de irresponsabilidade, impulsividade, com comportamentos de risco, associado também ao componente de uso de substâncias, e então, talvez mais importante neste contexto. Ambas as dimensões podem estar associados a um subfactor de comportamento antissocial, aqui referimo-nos mais a um contexto de perturbação de personalidade antissocial, perturbação de oposição e desafio, hiperatividade / défice de atenção, entre outros, que não é alvo de estudo no meu trabalho (7).

Muitos destes comportamentos de origem desinibitória são também fatores de risco para infeções sexualmente transmissíveis (ISTs). Principalmente o VIH, Vírus da Imunodeficiência Humana, que é ainda uma das principais causas de mortalidade e morbidade no mundo, com 37.9 milhões de pessoas infetadas no final de 2018. Apesar de haver cada vez mais prevenção, diagnóstico precoce e tratamentos disponíveis, as populações mais desfavorecidas são as que mais sofrem, com 770'000 mortes reportadas por falta de acesso a cuidados de saúde (49).

Também estes comportamentos poderão estar associados ao risco de revictimização nas vítimas de ASI. Isto é, sofrerem de abuso sexual na idade adulta (ASA) por outro indivíduo diferente. Os resultados sobre a forma como o ASI e estes comportamentos se poderão interligar são apresentados em seguida.

### **a) Perturbações de Uso de Substâncias**

Uma perturbação de uso de substância, ou seja, uma dependência, implica: “baixo controlo, com consumo por longos períodos de tempo, desejo persistente e presente em qualquer altura ou local; deterioração social, incumprimento das obrigações do trabalho, na escola ou no lar, repercussão na atividades sociais e interpessoais; uso arriscado com risco à integridade física, presença de um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, causado ou agravado pelo uso da substância; e por fim critérios farmacológicos, a presença de tolerância (dose

acentuadamente maior da substância é necessária para obter o efeito desejado) e de síndrome de abstinência (síndrome que ocorre quando as concentrações de uma substância no sangue ou nos tecidos diminuem num indivíduo que manteve uso intenso prolongado) ” (13).

A forma como um trauma na infância, particularmente ASI, poderia aumentar o risco de abuso de substâncias ainda não está completamente esclarecido. Existe um modelo conceptual sugerido que é o de auto medicação, isto é, o abuso de álcool como uma forma de “coping”. Evitação de emoções negativas persistentes de maneira a lidar com o trauma e, frequentemente, com os sintomas de stress pós-traumático daí oriundos. Muitas vezes, esta perturbação é uma comorbilidade com o abuso de substâncias. Para melhor compreensão foram escolhidos 731 indivíduos de um estudo de coorte, duma população suíça, e estudaram diversos tipos de trauma (50). Nessa população a prevalência de ASI foi de 11.9 %. Essas vítimas eram 3 vezes mais prevalentes no grupo de doentes com abuso de álcool ( $p < 0,001$ ). O estudo encontrou uma possível relação direta entre o ASI e uma perturbação de uso de álcool (PUA) ao longo da vida, com um risco de desenvolvimento 2 vezes superior ( $p < 0,001$ ). Avaliou-se a presença dos três “clusters” de sintomas pós-traumáticos: evitação, hiper reatividade e reexperiência. Indiretamente poderia haver um aumento do uso de álcool, pela presença de sintomas de evitação acentuados após ASI, corroborando a teoria de automedicação. Apesar de o álcool poder ajudar no “coping” destas vítimas, acaba por protelar ainda mais a recuperação da PSPT.

Também as tendências dissociativas podem ter um impacto importante na PUA, com o consumo excessivo de álcool a poder mimetizar uma experiência dissociativa. Em 213 estudantes universitários, jovens com historial de ASI foram associados a maior PUA, PSPT e tendências dissociativas (51). A presença de PSPT, ou sintomas dissociativos nas vítimas de ASI, foram associados a um risco superior de desenvolver uma PUA. Estas vulnerabilidades levavam a iniciar o consumo para aliviar os sintomas. A presença de tendências dissociativas, mas não o suficiente para se tornarem patológicas, pode levar os doentes a consumir álcool como estratégia alternativa de “coping”, a “dissociação química”.

Um modelo alternativo ao de automedicação é o de redução da tensão. Este implica que os jovens usem o álcool como estratégia mal adaptativa de “coping” ao stress comum do dia-a-dia e não de forma a lidar com o “distress” psicológico do trauma em si. De forma a compreender os motivos que levam ao abuso de substâncias nestas vítimas, foram estudadas 395 mulheres, também estudantes universitárias (52). 22.5% referiu ASI, 64.1% abuso emocional e 53.7% abuso físico. Cerca de 30% destas jovens

reportou o uso de álcool nos últimos 3 meses. Após controlarem as outras formas de abuso, concluíram que o ASI se mantinha significativamente associado às desinibições que o álcool proporciona (dizer ou fazer coisas que o envergonharam, por exemplo). Mas não através de maior stress psicológico ou a maior número de motivos de “coping” ( $p < 0,05$ ). Talvez indique que os mecanismos pelos quais o ASI possa promover o consumo de álcool não sejam totalmente explicados por esta teoria.

O consumo excessivo de álcool numa só ocasião (5 ou mais bebidas), 4 ou mais vezes no último mês, é considerado consumo pesado, que é por vezes preponderante a partir da adolescência. Foram analisados, em 2 estudos longitudinais, o consumo de álcool e drogas na adolescência (53, 54). Tentaram procurar relações com a presença de maus-tratos na infância. Ambos os estudos tiveram por base a mesma população, com adultos dos 31 aos 41 anos de idade. Nessa população, 40.3% sofreu de ASI, sendo a prevalência maior nas mulheres. Concluiu-se que nas mulheres vítimas, poderia haver maior probabilidade de consumo excessivo agudo na vida adulta de uma forma direta ( $p < 0,05$ ). A presença de comportamentos pró-alcoólicos nos pares, durante a adolescência, também aumentou essa probabilidade. Pode ser também mais frequente estas vítimas rodearem-se de pares com estas tendências. Curiosamente, a presença de familiares com antecedentes de alcoolismo impactou negativamente o uso de álcool ( $p < 0,05$ ). Contrariamente, os homens vítimas de ASI não apresentaram nenhuma relação direta ou indireta estatisticamente significativa. Avaliando a saúde mental, esta população foi subdividida em três classes possíveis: a primeira correspondia a poucos sintomas depressivos e de ansiedade e pouca probabilidade de abuso de substâncias; a segunda com sintomas ligeiros e probabilidade moderada; a terceira continha sintomas mais graves e consumo moderado. A presença de depressão e ansiedade na adolescência foi considerada um dos fatores de risco para o alcoolismo na idade adulta. O ASI foi associado a maior consumo na adolescência e a mais sintomas depressivos, que indiretamente levava a que pertencessem a longo prazo à classe dois ( $p < 0,05$ ).

Estes estudos demonstram que a adolescência é um período crítico do desenvolvimento. A presença de comportamentos pró-alcoólicos, de pares com as mesmas tendências e a presença de comorbidade psiquiátrica, obtêm um efeito sinérgico, que pode ter como consequência a perpetuação destes comportamentos até à vida adulta.

O consumo não se limita ao álcool. Deste modo é importante avaliar o consumo de outras drogas, como a marijuana e a cocaína. O seguimento de 12'228 adolescentes durante a transição para a idade adulta (18-28), e mais tarde em adultos (24-34), deu algumas informações relativamente a estes consumos (55). Nesta população dos EUA,

7.9% sofreu de ASI. Controlaram por outras EAP, nomeadamente outros tipos de maus-tratos infantis, encarceramento dos pais e violência ou consumo de álcool entre os progenitores. ASI estava significativamente associado a maior consumo de cocaína, durante a adolescência e na vida adulta, com um risco possivelmente 1.63 vezes superior entre os 18 e os 28 anos. Contrariamente, este não estava relacionado com maior consumo de marijuana na adolescência ou durante a vida adulta. Denotou-se uma diminuição da tendência para o consumo destas drogas à medida que o tempo passava. Mas certos tipos de trauma, nomeadamente abuso emocional e sexual, no caso da cocaína, mantiveram-se significativos.

Noutro estudo longitudinal, o consumo de marijuana já se encontrava relacionado a maior consumo durante a adolescência, após controlo de outros maus-tratos infantis (56). A presença de confiança e comunicação com os pais foi baixa nas vítimas de ASI, originando indiretamente um maior consumo durante a vida adulta. Havia uma disrupção na relação destas vítimas com os pais, que se repercutiu também no aumento das relações com pares com comportamentos pró-marijuana, isto é, que consumiam marijuana e aprovavam o seu uso. Desta forma, levaria também a um maior consumo durante a adolescência ( $p < 0,001$ ) que por si só pode aumentar o consumo na idade adulta ( $p < 0,001$ ).

#### *Diferenças entre os géneros*

Também é pertinente tentar compreender as diferenças de consumo nos dois sexos. Apesar de haver a ideia de que o consumo destas substâncias é mais frequente nos homens, os estudos mais recentes demonstram que nem sempre é assim no caso particular de ASI.

Numa amostra representativa da população canadense avaliou-se 14'063 adultos (18-76 anos) (57). Nesta amostra havia maior prevalência de ASI nas mulheres, com 14% contra 5% nos homens. Os homens, mais frequentemente que as mulheres, consumiam álcool de forma excessiva, episodicamente e com maior dependência ( $p < 0,001$ ). Também consumiam mais marijuana e outras drogas ilícitas (cocaína, heroína) ( $p < 0,001$ ). As mulheres demonstravam menor saúde mental, com mais sintomas depressivos no último ano ( $p < 0,001$ ). No entanto, quando se avaliou o caso particular de ASI, as mulheres também apresentavam uma tendência para maior risco de consumo de marijuana e álcool, atenuando as diferenças ( $p < 0,001$ ). Com um risco de consumo excessivo de marijuana de 2.3 contra 2.1 vezes superior no sexo feminino e masculino, respetivamente, após controlar a saúde emocional/mental.

Neste estudo, as mulheres sofriam mais de depressão, incluída na componente internalizante da saúde mental. Mas será que poderão sofrer mais destas perturbações, comparativamente à componente externalizante, num contexto de ASI? Avaliando analiticamente 23'395 residentes também do Canadá, a prevalência de ASI continuava a ser maior nas mulheres, enquanto que outros tipos de abuso: físico e exposição a violência interpessoal, era mais frequente nos homens (58). O ASI foi mais reportado pela faixa etária dos 45-64 anos, o que poderá implicar uma maior divulgação à medida que o tempo passa, por maior crescimento pós-traumático. Em relação às perturbações internalizantes, foram mais prevalentes nas mulheres, 20.47%, em relação a 12.75%. Apenas a doença bipolar não obtinha preferência de género. Por outro lado, o abuso de substâncias foi mais prevalente nos homens, com 30.36%, em relação a 12.24% nas mulheres. O ASI foi associado a maior risco de perturbações internalizantes (35.17%) e externalizantes (29.69%) em ambos os sexos, ao longo da vida. Neste contexto de ASI, tal como no estudo anterior, as mulheres vítimas aumentavam o seu risco de comportamentos externalizantes, com risco 1.46 vezes superior de PUA durante a vida. É necessário ter especial atenção a este grupo também suscetível às possíveis repercussões externalizantes do ASI.

Por fim, num grupo particularmente suscetível a ASI, são os HSH. De forma a compreender se haverá maior repercussão no consumo excessivo de álcool e na dependência, cerca de 19'451 latinos americanos dos 18 aos 35 anos, foram abordados (59). Metade reportou ASI, cerca de 56.3%. E estas vítimas tinham 37% maior probabilidade de sofrerem de PUA ( $p < 0,001$ ). Esta relação foi parcialmente mediada por estas vítimas apresentarem maior intolerância com as emoções negativas, exacerbada pelo ASI ( $p < 0,001$ ). Esta intolerância pode manifestar-se como: incapacidade de lidar com o stress emocional; sentir receio desses sentimentos e evitá-los. Ou de outra forma automedicar-se através do álcool. É uma componente que permite avaliar a regulação emocional de cada indivíduo, em resposta a um stress agudo. Influencia os comportamentos de "coping" e a os atos impulsivos de alívio. Desta maneira, é importante ter em conta que as repercussões das EAP podem contribuir de forma sindémica, através do abuso de substâncias, direta ou indiretamente, nos HSH.

### **b) Comportamentos Sexuais de Risco e VIH**

Problemáticas externalizantes também se relacionam, para além do abuso de substâncias, com práticas sexuais de risco.

Um estudo longitudinal avaliou 11'820 adolescentes em 3 momentos, concluído na idade adulta (24-32 anos) (60). Avaliou a presença de abuso de substâncias e de

comportamentos sexuais de risco. Após controlarem o abuso emocional e físico na infância concluíram que, durante a adolescência, o ASI estava correlacionado com maior número de parceiros sexuais, sem diferenças de gênero. Contudo, no início da vida adulta (18-26 anos), e posteriormente, as vítimas do sexo masculino demonstraram mais consequências deletérias. Para além de manterem múltiplos parceiros, participavam no comércio sexual, um risco 2 vezes superior. Ou seja, trocavam sexo por dinheiro ou outros bens. O abuso de cocaína, marijuana e metanfetaminas foi elevado durante a adolescência e início da idade adulta, mas não se mostrou significativo posteriormente. Para além disso, o uso indevido de analgésicos foi superior nestas vítimas durante a vida adulta, mas atingiu significância apenas nas mulheres. Nesse sentido, comportamentos de risco poderiam manter-se relativamente altos, muitos com início na adolescência, mas com perpetuação até a vida adulta. Os homens demonstraram certa tendência para uma vulnerabilidade neste contexto.

A necessidade de pertença e o medo de rejeição social pode ser um dos fatores que motive estas vítimas a práticas sexuais de risco. É uma maneira de procurar intimidade, sem a componente emocional de uma relação mais duradoura. No estudo de Woerner, J. et al (61), também os homens apresentavam mais parceiros e sexo não protegido que as mulheres ( $p < 0,001$ ). A sensibilidade à rejeição, ou seja, o medo de serem rejeitados pelos parceiros, aumentou estas práticas arriscadas em ambos os sexos. A baixa autoestima e o estigma associado ao abuso pode promover a que estas vítimas se inferiorizem em relação ao parceiro aumentando a frequência de sexo não protegido.

Para compreender se as vítimas de ASI poderiam ter maior proporção de injeção de drogas endovenosas, foram avaliados 1'380 indivíduos com uso de drogas injetáveis (UDI) (62). Um terço dos indivíduos com UDI sofreram de abuso moderado a severo. Neste estudo estas vítimas associaram-se a maior probabilidade de partilha de seringas ( $p < 0,001$ ). Mais provavelmente tinham tentativas prévias de suicídio, um risco 2.53 superior. Estar encarcerado recentemente era mais frequente, contudo não contribuiu para o maior UDI. A infeção com VIH não tinha diferenças significativas.

A presença de maus-tratos na infância pode aumentar o risco de comportamentos negativos, propensores de VIH, sinergicamente com outros fatores de risco psicossociais. A população vulnerável já referida, os HSH, pode ter riscos diferentes dependendo da identidade sexual individual nas relações (63). Qualitativamente, numa população de HSH (11'788) na Índia, as vítimas de ASI identificavam que o abuso era concretizado por homens mais velhos, em posições de autoridade, normalmente familiares. Ocorriam numa fase do desenvolvimento em que o

conhecimento sobre o sexo era diminuto e o consentimento não era possível de oferecer. Acontecia, de uma maneira geral, em crianças que tinham aparência e comportamentos não conformes ao seu gênero, sendo referido como uma vulnerabilidade. Muitas destas vítimas identificaram o episódio de abuso, como o ponto de partida das suas relações sexuais com homens e participação no comércio sexual. As vítimas referiram-se às práticas sexuais arriscadas como um “hábito”, pois a partir de um certo ponto, era comum nas suas vidas. Assim sendo, podem não reconhecer esses episódios como abuso, impedindo o término destes comportamentos. Quantitativamente, um historial de ASI associou-se a um risco 2.5 vezes superior de múltiplos parceiros do sexo masculino, com uma média de mais 10 parceiros ( $p < 0,001$ ). Em relação à identidade sexual, os homens que praticavam sexo anal recetivo, tinham maior prevalência de ASI. Também participavam mais no comércio sexual ( $p < 0,001$ ), tendo sido referido que muitos episódios durante o ASI começavam com oferta de chocolates e dinheiro, acabando por ser um ponto de partida para a prostituição.

A infeção por VIH era quase duas vezes mais prevalente. Comparativamente, vítimas de ASI tinha uma prevalência da infeção de 10.6% em relação aos 6.0% do resto da população ( $p < 0,001$ ). O risco de VIH, por comportamentos recentes ou durante a vida, poderia ser 2 vezes maior.

Em mulheres desfavorecidas, a presença de ASI também pode funcionar como um fator de risco sindémico (64). Ser seropositivo não está relacionado com um único fator de risco, sendo muitas vezes aglomerados. ASI em populações que já apresentam dificuldades económicas, estão expostas a mais violência e consomem mais álcool e drogas, podem levar sinergicamente a comportamentos nefastos para a saúde, agravando o risco de VIH. A presença destas condições sindémicas foi associada a 72% de probabilidade de perpetuar estes comportamentos de risco.

## **Perturbações do Pensamento**

As perturbações do pensamento apresentam diversas manifestações e podem desenvolver-se numa heterogeneidade de patologias. Poderão ser dentro do espectro da esquizofrenia, mas também outros, como as perturbações delirantes, perturbação depressiva major com sintomas psicóticos, perturbações da personalidade do “cluster” A (paranoide, esquizoide, esquizotípica), que também se enquadram neste contexto. Associam-se a traços relacionados com o egocentrismo, distorções cognitivas e perceptivas, suscetibilidade à fantasia, experiências e crenças invulgares. Excluí as alterações de personalidade e procurei cingir-me na restante patologia e sintomatologia do espectro. Caracterizam-se por alterações pelo menos numa dimensão: “sintomas positivos (distorção da realidade): como as experiências de alucinações e delírios; pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor desorganizado ou anormal (incluindo catatonia); e sintomas negativos: como depressão do humor, isolamento social e avolia” (7, 13).

A maioria dos estudos nesta área baseia-se na análise de experiências “psicose-like”, ou seja, alterações nas dimensões supracitadas, mais frequentemente sintomas positivos e negativos, e não no diagnóstico de uma perturbação psicótica. É feita uma análise sobre o modo como as EAP poderão provocar estas alterações. A presença de ASI é um dos fatores, juntamente com abuso físico, mais abordado. Apesar de ser controverso pensar que um trauma na infância poderia promover alterações neste campo, a verdade é que se tem vindo a encontrar corroborações de que a relação possa existir.

Um estudo longitudinal com a duração de 35 anos avaliou anormalidades de perceção e de pensamento numa amostra da comunidade (65). Controlou uma panóplia de perturbações mentais e variáveis sociodemográficas. Concluiu que uma maior severidade do ASI, caracterizado por tentativa ou ato de penetração oral, vaginal ou anal, poderia ser um fator de risco para experiências “psicose-like”, comparativamente ao grupo de controlo, sem exposição ( $p < 0,05$ ). Chegava a ser 2.25 e 4.08 vezes maior a prevalência de anormalidades de pensamento (delírios persecutórios, noção de controlo mental, entre outros) e de perceção (alucinações), respetivamente. O mesmo não se verificou para o abuso físico. Outro demonstrou ainda um possível impacto superior nas experiências da dimensão positiva (experiências bizarras, ideação persecutória, pensamento mágico e anormalidades de perceção) do que na dimensão negativa (isolamento social, avolia e embotamento afetivo) ( $p < 0,001$ ) (66). Denotava-se uma maior prevalência no sexo masculino. Este último estudo é de natureza transversal, não se podendo inferir causalidade.

Efetivamente as anormalidades de percepção têm sido bastante descritas como uma possível consequência preponderante do ASI. Em dois estudos concluiu-se que os expostos a ASI poderiam sofrer de maior número de alucinações verbais auditivas, um risco semelhante, 3 vezes superior (67, 68). O primeiro concluiu que, num grupo de doentes com manifestação de psicose aguda, as mulheres tinham maior risco de alucinações auditivas. Especificamente 3 vezes superior se presença de trauma, incluindo maus-tratos infantis e outros ( $p < 0,001$ ). Também estava correlacionado com maior severidade desses episódios. O segundo concluiu que a presença de hiperreatividade e a evitação relacionados com o PSPT poderia aumentar o risco de alucinações auditivas. Uma das teorias do desenvolvimento de psicose é baseada na cognição negativa, em que indivíduos expostos a maus-tratos infantis, ficam hiperreativos a estímulos, com uma maior vulnerabilidade, desregulação emocional e sem controlo de impulsos. Este estudo permitiu associar que o ASI poderia promover indiretamente, através destes sintomas, maior risco de alucinações auditivas. Em ambos a prevalência de ASI era elevada, variando de 21% a 25%, o que pode significar maior prevalência de perturbações psicóticas nos expostos do que na população em geral.

Sintomas negativos, como o isolamento social, também foram estudados. Compreendemos anteriormente que o suporte social era muito importante para uma boa saúde mental. A falta deste suporte pode ter consequências graves. Ser exposto precocemente a um trauma pode promover um afastamento de relações interpessoais, sendo considerado uma vulnerabilidade ao desenvolvimento de patologia psicótica (69). Neste estudo o ASI contribuiu para dificuldades na realização de atividades de vida diária básicas, como a gestão do próprio dinheiro, ou uso de transportes. Para além disso também se sentiam mais sozinhos e isolados. Dessa forma poderiam ter 1.6 e 1.7 vezes mais risco de desenvolver experiências psicóticas, respetivamente ( $p < 0,01$ ).

Existe o conceito de que a dissociação poderá ser um precursor de eventos psicóticos. Foi feito um estudo numa população clínica de 169 doentes psiquiátricos, sem qualquer diagnóstico do espectro psicótico (70). Previu-se que o ASI levaria a maior dissociação ( $p < 0,019$ ), que por sua vez previu mais experiências aberrantes nestes doentes ( $p < 0,001$ ). Cole, C. et al (71) observaram que o fenómeno de absorção dissociativa em si mesmo, ou atenção focada, seria um dos componentes mais importantes no desenvolvimento de alucinações e delírios. O estudo foi feito numa comunidade universitária. A presença de ASI associou-se a mais absorção que teve um efeito significativo nestas experiências psicóticas, talvez por uma dificuldade de distinção da realidade e imaginação.

Uma população de risco elevado caracteriza-se por um de três critérios: sintomas psicóticos atenuados nos últimos 12 meses; sintomas intermitentes breves que se resolveram em 7 dias espontaneamente e vulnerabilidade genética (72). Este estudo longitudinal de 233 doentes de alto risco demonstrou que as vítimas de ASI poderiam ter um risco 4.5 vezes maior de transição para uma perturbação psicótica. Como limitação neste estudo, a população recebeu tratamento específico, o que pode subestimar estes valores.

Outras teorias têm uma base mais biológica. Apontam mais para um conceito de stress-diátese. Implica que traumas distais, juntamente com uma alteração do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, promovam uma hiperestimulação dos glucocorticoides em resposta ao stress. Parece estar implicado numa maior concentração de dopamina, presente nestes distúrbios (72). Este modelo foi referido como importante no suicídio. Efetivamente, a esquizofrenia também pode estar relacionada com um risco superior de suicídio (73). O seguimento longitudinal de 361 doentes com esquizofrenia ou com perturbação esquizoafetiva demonstrou uma prevalência suicida de 39.1%. Dentro das vítimas de ASI, após controlar por história familiar de abuso e outras perturbações mentais, o risco poderia ser 1.75 superior ( $p=0,02$ ).

## **Somatização (Espectro Somatoforme)**

A somatização caracteriza-se por manifestações de sintomas somáticos (físicos) medicamente inexplicáveis. Isto significa que não existe uma causa orgânica para os sintomas do indivíduo após história clínica completa e detalhada, juntamente com exames complementares de diagnóstico. Esses sintomas podem ser específicos e localizados, por exemplo dor, ou não específicos como a fadiga crónica. A perturbação de sintomas somáticos está associado a grande ansiedade do indivíduo, com pensamentos ou sentimentos desproporcionais em relação à gravidade das queixas. Persistem geralmente durante mais de 6 meses e trazem grande incómodo para o doente na sua vida diária (13). Podem estar associados a certas características sociodemográficas: mais comum nas mulheres, de baixo estatuto socioeconómico, presença de ASI, outras EAP ou dificuldades psicossociais (4).

No caso de ASI pensa-se que a sua presença possa estar associada a maior prevalência destes sintomas. Duncan R. et al (74) concluíram, através de um estudo coorte histórico sobre registos do hospital da região, que a presença destes sintomas era superior nas vítimas de ASI. Os sintomas avaliados incluíam dor abdominal, cefaleias, dor torácica, dispneia e convulsões, entre outros, como a presença de um diagnóstico de fibromialgia. Descobriu-se que esta relação acentuava-se mais se o ASI envolvesse penetração, com um risco 5 vezes superior. Esta associação tipo dose-resposta é importante para compreender uma vez mais, que maior gravidade do abuso sofrido poderá ter implicações na manifestação de complicações e nos tratamentos.

Pensa-se que a prevalência possa ser de 5 a 7% na população adulta em geral (13). Pode haver dificuldade na distinção de outras perturbações psiquiátricas, como a depressão e ansiedade, ainda mais porque estes também podem ocorrer ao mesmo tempo, sendo necessário avaliar os componentes afetivos, cognitivos e comportamentais. A avaliação de doentes com perturbação de dor somatoforme denotou que 87.3% apresentavam co morbidamente depressão (75).

Estes indivíduos podem sofrer de grande estigmatização. Dependendo das culturas e da sociedade em que vivem é importante ter em conta que a “self-blame”, oriunda do ASI, pode ser agravada pelo facto de não haver uma explicação médica para as suas queixas. Agravando ainda mais os sentimentos de culpa e de inadequação.

## Revictimização

Já tinha sido referido anteriormente que a dissociação poderia ser um dos mecanismos associado a maior revictimização, isto é, experiências de abuso futuras, por outro indivíduo diferente. Mas este risco não é subjacente apenas através deste mecanismo. Num estudo de três amostras independentes, referiu-se um risco de revictimização de 1.57, ajustado ao sexo e psicopatologia associada (76). Os homens, nestas amostras obtinham maior risco do que as mulheres, 2 vezes superior. A psicopatologia atenuou o risco relacionado com o ASI, sendo um importante fator a considerar quando se avalia o ASA.

A identificação com o agressor, isto é, compreender as suas necessidades e desejos, é uma das formas de sobreviver aos episódios de abuso e evitar as repercussões imediatas de recusa (77). A identificação pode manifestar-se como uma hipersensibilidade ao agressor, adaptação do seu comportamento, introspeção das vontades do agressor, alterando a própria percepção do abuso. No entanto, pode levar a que fiquem mais suscetíveis a abusos no futuro. A perda da noção do “self”, com substituição das suas necessidades com as do agressor, esteve significativamente associado a revictimização ( $p < 0,05$ ). Este mecanismo é mal adaptativo e prejudica as relações interpessoais no futuro, tornando-os suscetíveis a indivíduos com o mesmo perfil de agressor. Esta revictimização pode manifestar-se durante uma relação íntima (78). A presença de abuso, tanto na infância, como na vida adulta, poderá ter repercussões negativas na saúde mental. Este facto é preocupante, sendo necessário perceber o que leva a esta cronicidade. Nestes dois estudos, foi observado que havia uma relação positiva entre a presença de ASI e a presença de PSPT na vida adulta ( $p < 0,05$ ). Esta comorbidade, por sua vez, levava ao aumento do risco de revictimização ( $p < 0,001$ ) (77). A hipersensibilidade ao agressor diminuía, curiosamente, o risco de abuso, o que pode significar que a percepção de agressores e das suas intenções mais rapidamente poderá ter um efeito protetor no futuro.

Existem dois tipos de ASA: forçada através de agressão física e facilitada pelo uso de substâncias (79). As consequências do ASI, através das cognições negativas da PSPT, “self-blame”, tal como o abuso de substâncias também é importante estudar como fator de risco. Este estudo de 929 mulheres entre os 18-22 anos demonstrou que o ASA era mais frequente a partir do uso de substâncias. Ou seja, mulheres alcoolizadas, ou sob o efeito de drogas, eram mais frequentemente abusadas. No entanto vítimas de ASI sofriam mais de abuso forçado fisicamente ( $p < 0,001$ ). Indiretamente, a presença de “self-blame” após ASI proporcionava mais sintomas de stress pós-traumático e mais abuso de álcool ( $p \leq 0,01$ ). Dessa forma aumentavam

também o ASA facilitado por substâncias, não preservando estas vítimas de também poderem sofrer deste tipo de ASA ( $p \leq 0,01$ ). Noutro estudo longitudinal, a presença de episódios frequentes de amnésia retrógrada, com alcoolémias elevadas, em indivíduos vítimas de ASI, estava associado a maior risco de revictimização, principalmente nas mulheres (80). Este mecanismo pode estar associado à dissociação induzida pelo álcool, previamente referido. Para além disso, existe o risco de estas vítimas se tornarem elas próprias perpetradoras de violência sexual a outros. Observou-se um risco 1,14 vezes superior dos homens vítimas de ASI perpetuarem a violência no futuro. A presença de episódios de amnésia retrógrada e historial de ASI, em conjunto, foram considerados como fatores de risco para perpetração de coerção sexual, mesmo com baixos níveis de alcoolémia.

É importante então considerar que, apesar de mecanismos diferentes, o risco de ASA está presente nestas vítimas e também na restante população. É necessário terminar o ciclo de violência, identificando estes crimes.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Destes resultados podemos concluir que um trauma na infância pode levar a múltiplas sequelas com repercussões na vida adulta. Podemos pensar que por ser criança, esta pode não se lembrar ou não conseguir narrar os acontecimentos tal e qual como decorreram, por não compreenderem o que lhes estava a acontecer. Segundo Miragoli, S. et al (81, 82) as crianças são levadas muitas vezes a testemunhar no tribunal sobre os acontecimentos. Estes testemunhos podem estar prejudicados pelo diagnóstico de uma PSPT. É um distúrbio que pode afetar a memória autobiográfica de forma a “fugir” aos sentimentos negativos da sua experiência, como o medo, culpa e ansiedade. Dependem mais dos detalhes sensoriais, podendo a memória espaço-temporal estar afetada. Verificaram que as crianças mais velhas eram capazes de proporcionar uma narrativa mais coerente e coesa, com menos referência a memórias sensoriais, menos sentimentos negativos e melhor capacidade refletiva e sequência de eventos. PSPT prejudicava parcialmente a narrativa, diminuindo a capacidade refletiva e prejudicando a coerência e a coesão. Discerniam mais emoções negativas e tinham mais impressão de morte.

Estas vítimas podem desenvolver cognições negativas sobre si mesmo, os outros e o mundo. Estas cognições prejudicam o bem-estar e impedem que ultrapassem o trauma. Culpam-se a si próprios pelos atos sofridos. Não conseguem obter o suporte social que necessitam por medo das consequências. Frequentemente, estas vítimas tinham a perceção de baixo apoio social e dificuldades relacionais. Havia também um risco de experiências “psicose-like”. A componente positiva era a mais afetada, principalmente manifestando alucinações auditivas com um risco possivelmente 3 vezes superior.

As emoções negativas e alterações de humor na PSPT diminuam ao longo do tempo. Contudo, quando associados a um abuso mais grave, como a presença de penetração ou episódios frequentes, estavam associadas a maior prevalência de sintomas patológicos. Sendo assim necessário ter atenção não apenas ao facto de ter sofrido ASI, mas também dar importância aos pormenores. O abuso forçado e com penetração estava associado a múltiplas consequências. Aumento da PSPT, dissociação, suicídio e comportamentos externalizantes. É essencial compreender as características do abuso sofrido de forma a dar o melhor tratamento possível. Aqui também o “grooming”, um dos mecanismos possíveis pelos quais os perpetradores permitiam que o seu abuso passasse despercebido, pode trazer graves consequências na saúde.

Acabam por dispor de mecanismos de “coping”, os quais ajudam a criança e adolescente a proteger-se das agressões que lhes são impostas, como dissociação, “self-harm”, consumo de substâncias e evitação persistentes. Estes mecanismos são mal adaptativos e prejudicam as relações interpessoais podendo manifestar-se como perturbações depressivas, consumo excessivo de substâncias, stress pós-traumático ou em sintomas psicóticos.

A dissociação como forma de “coping” é parece ser bastante prevalente nestas vítimas. Era um modo de se “desligarem” da realidade, ou, quando insuficiente, consumiam substâncias para obter um efeito semelhante. Aumentavam consecutivamente os mecanismos de automutilação para “voltarem a si mesmos”. Estas vítimas tinham alterações na perceção do corpo, com maior conotação negativa e risco de imobilidade durante a relação sexual, despertado pelo toque íntimo, como mecanismo de defesa. A presença de insegurança na ligação, ou para manutenção de uma relação na vida adulta, apesar de abusiva, poderia levar inconscientemente a maior dissociação. Ou seja, era um fator importante na revictimização. Apercebi-me que o ASI poderia ser uma porta de entrada para a perpetuação de abusos durante a vida. Sofriam frequentemente de abuso forçado fisicamente, mas também facilitado pelo uso de álcool. Existindo ainda uma introspeção das vontades do agressor, havendo o risco de elas próprias se tornarem agressores.

Foram encontradas diferenças entre o abuso sexual em criança ou na adolescência. Observou-se que adolescentes culpabilizavam-se mais a si próprios, talvez pelo facto de já começarem a desenvolver a sua independência. Sofrer abuso durante esta fase prejudica o senso de autocontrolo e a autoestima. Os adolescentes pareciam depender também mais de despersonalização e de lesões autoprovocadas, particularmente se considerássemos abuso por familiares. Estavam associados a maior risco de comportamentos suicidários. Também a mais consumo de álcool, cocaína e marijuana. O uso durante a adolescência era o fator mais preponderante na perpetuação destes consumos na vida adulta. É preciso haver atenção reforçada nesta faixa etária, pois estes comportamentos podem ser inerentes a um trauma deste género, ou outras EAP.

Contrariamente, ASI numa fase mais precoce foi associado a maior desregulação emocional, desenvolvimento de cognições negativas e impacto nas relações interpessoais. Quando associado a medo intenso, ou violência física, era mais grave, ou seja, os sentimentos despertados durante o trauma também eram importantes para o desenvolvimento da patologia.

O suicídio é um problema bastante grave nestas vítimas, podendo chegar a ser 4 vezes superior ao risco da população em geral. Apesar da prevalência ser por vezes superior nos homens, as mulheres vítimas de ASI é que foram associadas maioritariamente a risco acrescido. Chegou quase aos 50%, num contexto de encarceramento. Este fator de diátese é particularmente importante, em associação com outros, devendo ser feita a prevenção e tratamento tendo em vista a interligação de todos os fatores, e não apenas um. É crucial questionar sobre ideações suicidas, e perceber se existe relacionamento com as EAP.

Comportamentos externalizantes poderão estar aumentados nestas vítimas, não apenas durante a adolescência, e relacionaram-se com múltiplas comorbilidades. Tanto com PSPT como com a dissociação e suicídio. Para diminuir estes comportamentos, seria pertinente questionar, procurar e entender a causa do uso de substâncias e das práticas sexuais de risco. Seria interessante procurar e questionar sobre EAP nos tratamentos de dependências. A presença de baixa-autoestima e a procura de intimidade promovem a inferiorização em relação aos parceiros aumentando a frequência de sexo não protegido e de múltiplos parceiros. O risco de VIH aumenta para o dobro. Ou seja, não podemos considerar apenas um problema da área da saúde mental, sendo importante pensar à escala global, pois pode impactuar em diferentes componentes biopsicossociais.

Apesar de as mulheres serem na maioria das vezes as principais vítimas deste tipo de abuso, não se pode ignorar o sexo oposto. Nestes estudos verificou-se que a prevalência de ASI no sexo masculino é significativa. Sobretudo quando o abuso envolvia penetração e formas mais graves de contacto. Estavam associados a maior exploração, sob a forma de comércio sexual, sendo o risco duplicado. HSH são uma minoria com grande historial de ASI. Apresentavam uma prevalência superior e com uma severidade muitas vezes maior. Estas vítimas referiam que muitas vezes a própria orientação sexual tinha sido produto destes abusos. Referido como um “hábito”, o que sempre conheceram. Isto é preocupante, pois estes abusos acabam por poder prejudicar a formação de uma identidade própria sem influência externa. Esta minoria, entre outras, como mulheres com dificuldades socioeconómicas, dão aso ao conceito de sindemia. ASI, estrato socioeconómico baixo e HSH, tornam-se múltiplos fatores de risco nas perturbações internalizantes e externalizantes. Sem esquecer, contudo, que as mulheres demonstraram uma suscetibilidade reforçada ao consumo após este trauma.

Num grupo de alto risco para psicose, a presença de ASI pareceu relacionar-se com um risco de transição quase 5 vezes superior. Denotou-se aparentemente uma

associação entre o ASI e o aparecimento de experiências psicóticas, nomeadamente alucinações auditivas. Apesar disso, é difícil de inferir uma causalidade no desenvolvimento de esquizofrenia, por exemplo. De forma análoga, poderão desenvolver mais sintomas somáticos: mais queixas e idas aos cuidados de saúde por sintomas medicamente inexplicáveis. É necessário perceber que a frequência exagerada de serviços de saúde pode ter por base questões mais complicadas. Estas vítimas solicitam mais psiquiatras, médicos de família e assistentes sociais. Consomem maior quantidade de psicofármacos, tais como ansiolíticos, anti psicóticos, estabilizadores do humor, entre outros, também analgésicos (83). Será uma forma de procura de ajuda? Recorrem ao apoio médico, pois de outra forma não o encontram nas pessoas que as rodeiam? É imprescindível a atenção dos diversos profissionais de saúde.

A não divulgação do trauma durante a infância com perpetuação do secretismo, sem qualquer apoio psicológico, pode levar a consequências negativas na vida adulta. As relações com os progenitores e os outros poderão ficar marcadas durante a vida. Provocam uma disrupção do meio nuclear da família. E, por vezes, as vítimas acabam por sofrer também pelo medo da degradação da honra da família. Principalmente em sociedades mais conservadoras. Sofrem ainda de grande estigma por parte dos outros, e dos próprios familiares. O estigma implica a imposição das visões que os outros têm sobre certas minorias, dando uso ao preconceito, o que vulnerabiliza ainda mais estes indivíduos. Acaba por se manifestar como o facto de, principalmente o progenitor não abusador, sentir culpa e vergonha por não ter protegido o seu filho. Ou o facto de aquela criança ser considerada menos capaz de se proteger, tornando-se um adulto incompetente. Prejudica o acesso aos cuidados de saúde pela parte dos pais pois consideram a terapia desnecessária, não acreditando nos seus benefícios (84).

A resiliência, reflexão pessoal, e a capacidade de auto perdão têm um papel fundamental no crescimento pós-traumático. Os estudos poderiam incidir mais nos fatores protetores da saúde mental nestas vítimas. Seria uma perspetiva diferente de abordar o assunto. Testar as diferenças das terapias centradas na pessoa ou cognitivo-comportamentais. Também seria importante compreender os motivos dos agressores que culminam nestes crimes, contudo não foram estes os objetos de estudo desta revisão.

As normas tradicionais masculinas prejudicam muito a introspeção e a partilha com os outros, sendo necessário um trabalho a nível sociocultural de forma a mudar estas perspetivas conservadoras. Sobretudo, é necessário prevenção antes de se pensar em tratamento e aceitação. É necessário promover a discussão destes assuntos,

formar intervenções objetivas e aumentar o financiamento da pesquisa por cientistas multidisciplinares. Ensinar os “media” a transmitir o ASI, evitando a criação de “monstros” e o trauma social coletivo. Prejudicando a identificação do ASI como um problema comum e, de maneira geral, dentro do seio das próprias famílias. Tentar não vitimizar individualmente, procurar intervir de forma a “curar” a sociedade contemporânea no seu todo (83, 85).

### Limitações

É importante ainda referir que não existia um consenso na definição de ASI. Por vezes consideravam até aos 16 anos, outras vezes até aos 18. Por vezes, os inquéritos eram pouco diretos e pouco explícitos nas características do abuso. Dependia de interpretações das questões pelos inquiridos. Podem estar suscetíveis a vieses nos inquéritos.

Uma possível limitação dos estudos existentes é a dependência excessiva da inquirição de trauma de forma retrospectiva, devido ao viés de memória. Contudo, tem-se vindo a estudar a qualidade destes tipos de estudo e tem-se verificado que existe grande validade dos mesmos. As respostas mantêm-se consistentes ao longo do tempo, demonstrando confiabilidade. Pensa-se que possa haver um número maior de falsos negativos, podendo a prevalência estar subestimada, por não divulgação do trauma (86). Não se pode em muitos estudos inferir causalidade, pois não permitem identificar o que aconteceu primeiro, o ASI ou a psicopatologia.

As amostras dos estudos eram muito heterogéneas. Por vezes recorriam a amostras convenientes, como estudantes universitários, ou doentes psiquiátricos na procura de tratamento. Pode haver alguns vieses de seleção, por não avaliarem, por exemplo, população de mais idade, ou doentes que não acediam aos cuidados de saúde. Apesar disso denotei uma grande variedade de estudos longitudinais, e de amostra representativas das populações, o que demonstra uma disponibilidade maior dos autores em aprofundar mais estas questões.

Outra limitação é o facto de haver, por vezes, pouco rigor no estudo e no tratamento das variáveis de confundimento. Apesar de alguns estudos avaliarem a presença de outros traumas infantis concomitantes ao abuso sexual, poucos abordavam outros traumas também relevantes, como divórcio dos pais, violência entre os progenitores, serem órfãos ou viver numa instituição por exemplo. Também traumas durante a idade adulta podem influenciar os resultados dos estudos, nomeadamente revictimização, acidentes de viação, ou trauma de guerra por exemplo. Por vezes

controlavam uns, mas falhavam outros, podendo haver alguns vieses nos meus resultados. No entanto, apesar de ser importante desagregar os resultados do ASI em relação a outros, como abuso físico e emocional na infância, para aprofundar o conhecimento nesta área, estes podem ocorrer em conjunto. Sendo um indivíduo submetido a diversos tipos de trauma, é necessário ter em conta que o impacto na saúde mental pode ser maior quando em associação.

Por vezes, não confirmavam a presença de um diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica por entrevista clínica, dependendo muito de inquéritos. Apesar disso, as escalas normalmente tinham validade estatística, e não pareceu alterar os resultados.

É preciso referir também que havia muita literatura sobre os comportamentos externalizantes, stress pós-traumático, dissociação e suicídio, sendo estes temas o cerne deste trabalho. Contudo, certas áreas não foram tão abordadas. Nomeadamente, patologia de humor (depressão e bipolaridade), do sono, alimentar, e de personalidade. Talvez resultado da presente revisão incidir apenas num intervalo de 5 anos.

### Conclusão

O ASI é bastante prevalente. Trata-se de um problema a nível sociocultural com impacto na psicopatologia durante a vida. Começa a partir do momento abusivo e manifesta-se de diversas maneiras. Seja por comportamentos internalizantes ou externalizantes, alterações do pensamento, ou somatização. Promove o isolamento social, relações familiares e íntimas prejudicadas e sentimentos de culpa e vergonha. Diminui a qualidade de vida e prejudica o bem-estar físico e psicológico. As patologias não ocorrem isoladamente e as comorbilidades são frequentes. É consensual um possível impacto deste abuso na vida adulta. Seria importante agora aprofundar estes conhecimentos e encontrar estratégias para prevenir este flagelo.

## AGRADECIMENTOS

Uma tese de mestrado depende de um longo percurso de pesquisa, leitura, interpretação e discussão de um tópico. O caminho começa logo desde a escolha do tema. Algo que não é fácil, pois somos expostos a diversas áreas e a múltipla informação.

Não teria conseguido sem a orientação do Professor Doutor Manuel João Quartilho, que desde o início se demonstrou totalmente disponível para quaisquer dúvidas que surgissem. Permitiu a orientação de um tema que era do meu interesse e que evoluiu ao longo deste ano.

Para além disso, nestes seis anos algumas pessoas foram importantes para o meu percurso académico e quero expressar a minha gratidão.

Quero agradecer aos meus pais, que sempre estiveram presentes, apoiando-me em todos os momentos e dando-me coragem quando era preciso.

Agradeço à minha irmã Joana que sempre me ofereceu conselhos e conhecimento durante este percurso. E o seu apoio incondicional.

À minha madrinha e ao meu padrinho pela ajuda que me deram ao longo deste percurso.

Aos meus amigos, que me proporcionaram descontração e momentos de gargalhadas.

A todos,

Os meus sinceros agradecimentos!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mathews B, Collin-Vezina D. Child Sexual Abuse: Toward a Conceptual Model and Definition. *Trauma, violence & abuse*. 2019; 20(2):131-48. Epub 2018/01/16.
2. World Health Organization. Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. [document on the Internet] 2006 [cited November 16, 2019]; Available from: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/violence/child\\_maltreatment/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/en/).
3. Direção-Geral da Saúde. SAÚDE INFANTIL E JUVENIL- PORTUGAL [document on the Internet] 2018 [cited November 16, 2019]. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-saude-infantil-e-juvenil-portugal-2018.aspx>.
4. Quartilho MJ. O processo de somatização: conceitos, avaliação e tratamento: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2016.
5. EU contribution to the World Mental Health Surveys Initiative (EU-WMH). The burden of mental disorders in the European Union [document on the Internet] [cited November 16, 2019]. Available from: [http://www.eu-wmh.org/PDF/FactSheet\\_Burden.pdf](http://www.eu-wmh.org/PDF/FactSheet_Burden.pdf).
6. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. [document on the Internet] Seattle, Washington 2018 [updated November 8, 2018; cited November 18, 2019]; Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
7. Kotov R, Krueger RF, Watson D, Achenbach TM, Althoff RR, Bagby RM, et al. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology*. 2017; 126(4):454-77. Epub 2017/03/24.
8. Rapsey CM, Scott KM, Patterson T. Childhood sexual abuse, poly-victimization and internalizing disorders across adulthood and older age: Findings from a 25-year longitudinal study. *Journal of affective disorders*. 2019; 244:171-9. Epub 2018/10/21.
9. Wolf MR, Pruitt DK. Grooming Hurts Too: The Effects of Types of Perpetrator Grooming on Trauma Symptoms in Adult Survivors of Child Sexual Abuse. *Journal of child sexual abuse*. 2019; 28(3):345-59. Epub 2019/03/12.
10. Almuneef M. Long term consequences of child sexual abuse in Saudi Arabia: A report from national study. *Child Abuse and Neglect*. 2019((Almuneef M.,

muneefm@nha.med.sa) King Abdulaziz Medical City, Ministry of National Guard-Health Affairs, Saudi Arabia).

11. Cantón-Cortés D, Cortés MR, Cantón J. Pathways from childhood sexual abuse to trait anxiety. *Child Abuse and Neglect*. 2019; 97((Cantón-Cortés D., david.canton@uma.es) Department of Developmental and Educational Psychology, University of Malaga, Campus de Teatinos, Facultad de Psicología, Málaga, Spain).

12. Easton SD, Kong J, Gregas MC, Shen C, Shafer K. Child Sexual Abuse and Depression in Late Life for Men: A Population-Based, Longitudinal Analysis. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences*. 2019; 74(5):842-52.

13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* 2013.

14. Baiden P, Fallon B, den Dunnen W, Boateng GO. The enduring effects of early-childhood adversities and troubled sleep among Canadian adults: a population-based study. *Sleep medicine*. 2015; 16(6):760-7. Epub 2015/05/09.

15. Lind MJ, Aggen SH, Kendler KS, York TP, Amstadter AB. An epidemiologic study of childhood sexual abuse and adult sleep disturbances. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*. 2016;8(2):198-205. Epub 2015/09/22.

16. Hodgdon HB, Spinazzola J, Briggs EC, Liang LJ, Steinberg AM, Layne CM. Maltreatment type, exposure characteristics, and mental health outcomes among clinic referred trauma-exposed youth. *Child abuse & neglect*. 2018; 82:12-22. Epub 2018/06/01.

17. Van Buren BR, Weierich MR. Peritraumatic Tonic Immobility and Trauma-Related Symptoms in Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse: The Role of Posttrauma Cognitions. *Journal of child sexual abuse*. 2015; 24(8):959-74. Epub 2015/12/25.

18. Ironson G, Fitch C, Banerjee N, Hylton E, Ivardic I, Safren SA, et al. Posttraumatic cognitions, childhood sexual abuse characteristics, and posttraumatic stress disorder in men who have sex with men. *Child Abuse and Neglect*. 2019;98((Ironson G., g.ironson@miami.edu; Fitch C.; Banerjee N.; Hylton E.; Ivardic I.; Safren S.A.) Department of Psychology, University of Miami, Coral Gables, FL, United States).

19. Steine IM, Winje D, Skogen JC, Krystal JH, Milde AM, Bjorvatn B, et al. Posttraumatic symptom profiles among adult survivors of childhood sexual abuse: A longitudinal study. *Child abuse & neglect*. 2017; 67:280-93. Epub 2017/03/23.

20. Boroughs MS, Valentine SE, Ironson GH, Shipherd JC, Safren SA, Taylor SW, et al. Complexity of childhood sexual abuse: predictors of current post-traumatic stress disorder, mood disorders, substance use, and sexual risk behavior among adult men who have sex with men. *Archives of sexual behavior*. 2015; 44(7):1891-902. Epub 2015/07/15.

21. Batchelder AW, Safren SA, Coleman JN, Boroughs MS, Thiim A, Ironson GH, et al. Indirect Effects From Childhood Sexual Abuse Severity to PTSD: The Role of Avoidance Coping. *Journal of interpersonal violence*. 2018((Batchelder A.W.; O'Cleirigh C.) Massachusetts General Hospital/Harvard Medical School, Boston, MA, United States):886260518801030.

22. Kalaf J, Coutinho ESF, Vilete LMP, Luz MP, Berger W, Mendlowicz M, et al. Sexual trauma is more strongly associated with tonic immobility than other types of trauma - A population based study. *Journal of affective disorders*. 2017; 215:71-6. Epub 2017/03/21.

23. Dyer AS, Feldmann RE, Jr., Borgmann E. Body-Related Emotions in Posttraumatic Stress Disorder Following Childhood Sexual Abuse. *Journal of child sexual abuse*. 2015; 24(6):627-40. Epub 2015/09/05.

24. Hartley S, Johnco C, Hofmeyr M, Berry A. The Nature of Posttraumatic Growth in Adult Survivors of Child Sexual Abuse. *Journal of child sexual abuse*. 2016; 25(2):201-20. Epub 2016/03/05.

25. Kaye-Tzadok A, Davidson-Arad B. Posttraumatic growth among women survivors of childhood sexual abuse: Its relation to cognitive strategies, posttraumatic symptoms, and resilience. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*. 2016; 8(5):550-8. Epub 2016/03/29.

26. Easton SD, Coohy C, Rhodes AM, Moorthy MV. Posttraumatic growth among men with histories of child sexual abuse. *Child maltreatment*. 2013; 18(4):211-20. Epub 2013/09/06.

27. Dorahy MJ, Middleton W, Seager L, Williams M, Chambers R. Child abuse and neglect in complex dissociative disorder, abuse-related chronic PTSD, and mixed psychiatric samples. *Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*. 2016; 17(2):223-36. Epub 2015/08/15.

28. Bradley A, Karatzias T, Coyle E. Derealization and self-harm strategies are used to regulate disgust, fear, and sadness in adult survivors of childhood sexual abuse. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2019; 26(1):94-104. Epub 2018/09/20.

29. Kong SS, Kang DR, Oh MJ, Kim NH. Attachment insecurity as a mediator of the relationship between childhood trauma and adult dissociation. *Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*. 2018; 19(2):214-31. Epub 2017/05/17.
30. Haferkamp L, Bebermeier A, Mollering A, Neuner F. Dissociation is associated with emotional maltreatment in a sample of traumatized women with a history of child abuse. *Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*. 2015; 16(1):86-99. Epub 2014/11/05.
31. Bird ER, Gilmore AK, Stappenbeck CA, Heiman JR, Davis KC, Norris J, et al. Women's Sex-Related Dissociation: The Effects of Alcohol Intoxication, Attentional Control Instructions, and History of Childhood Sexual Abuse. *Journal of sex & marital therapy*. 2017; 43(2):121-31. Epub 2016/01/07.
32. Gomez JM. High Betrayal Adolescent Sexual Abuse and Nonsuicidal Self-Injury: The Role of Depersonalization in Emerging Adults. *Journal of child sexual abuse*. 2019;28(3):318-32. Epub 2018/11/08.
33. Zerubavel N, Messman-Moore TL, DiLillo D, Gratz KL. Childhood Sexual Abuse and Fear of Abandonment Moderate the Relation of Intimate Partner Violence to Severity of Dissociation. *Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*. 2018; 19(1):9-24. Epub 2017/02/02.
34. Zamir O, Szepeswol O, Englund MM, Simpson JA. The role of dissociation in revictimization across the lifespan: A 32-year prospective study. *Child abuse & neglect*. 2018; 79:144-53. Epub 2018/02/18.
35. World Health Organization. Suicide. 2019 [cited January 12, 2020]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
36. Fuller-Thomson E, Baird SL, Dhrodia R, Brennenstuhl S. The association between adverse childhood experiences (ACEs) and suicide attempts in a population-based study. *Child: care, health and development*. 2016; 42(5):725-34. Epub 2016/06/10.
37. Schonfelder A, Hallensleben N, Spangenberg L, Forkmann T, Rath D, Glaesmer H. The role of childhood abuse for suicidality in the context of the interpersonal theory of suicide: An investigation in German psychiatric inpatients with depression. *Journal of affective disorders*. 2019; 245:788-97. Epub 2018/11/19.

38. Behr Gomes Jardim G, Novelo M, Spanemberg L, von Gunten A, Engroff P, Nogueira EL, et al. Influence of childhood abuse and neglect subtypes on late-life suicide risk beyond depression. *Child abuse & neglect*. 2018; 80:249-56. Epub 2018/04/10.
39. Bernegger A, Kienesberger K, Carlberg L, Swoboda P, Ludwig B, Koller R, et al. Influence of Sex on Suicidal Phenotypes in Affective Disorder Patients with Traumatic Childhood Experiences. *PLoS one*. 2015; 10(9):e0137763. Epub 2015/09/15.
40. Power J, Gobeil R, Beaudette JN, Ritchie MB, Brown SL, Smith HP. Childhood Abuse, Nonsuicidal Self-Injury, and Suicide Attempts: An Exploration of Gender Differences in Incarcerated Adults. *Suicide & life-threatening behavior*. 2016; 46(6):745-51. Epub 2016/06/14.
41. Rabinovitch SM, Kerr DC, Lave LD, Chamberlain P. Suicidal Behavior Outcomes of Childhood Sexual Abuse: Longitudinal Study of Adjudicated Girls. *Suicide & life-threatening behavior*. 2015; 45(4):431-47.
42. Zhu Q, Gao E, Cheng Y, Chuang YL, Zabin LS, Emerson MR, et al. Child Sexual Abuse and Its Relationship With Health Risk Behaviors Among Adolescents and Young Adults in Taipei. *Asia-Pacific journal of public health*. 2015; 27(6):643-51. Epub 2015/02/28.
43. Van Heeringen K, Mann JJ. The neurobiology of suicide. *The Lancet Psychiatry*. 2014; 1(1):63-72.
44. Grendas LN, Rojas SM, Rodante DE, Puppo S, Vidjen P, Portela A, et al. Differential impact of child sexual abuse and family history of suicidal behavior in high-risk suicidal patients. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2019((Grendas L.N.; Rodante D.E.; Daray F.M.) Institute of Pharmacology, School of Medicine, University of Buenos Aires, , Buenos Aires, Argentina):1-22.
45. Dias de Mattos Souza L, Lopez Molina M, Azevedo da Silva R, Jansen K. History of childhood trauma as risk factors to suicide risk in major depression. *Psychiatry research*. 2016; 246:612-6. Epub 2016/11/09.
46. Daray FM, Rojas SM, Bridges AJ, Badour CL, Grendas L, Rodante D, et al. The independent effects of child sexual abuse and impulsivity on lifetime suicide attempts among female patients. *Child Abuse and Neglect*. 2016; 58((Daray F.M., fdaray@hotmail.com; Grendas L.; Rodante D.; Rebok F.) "Dr. Braulio A. Moyano" Neuropsychiatric Hospital, Buenos Aires, Argentina):91-8.
47. Chen WY, Chen YY, Liu HH, Kuo PH, Huang MC. The possible mediating effect of alcohol dependence on the relationship between adverse childhood

experiences and attempted suicide. *Alcohol (Fayetteville, NY)*. 2018; 73:9-15. Epub 2018/08/15.

48. Jakubczyk A, Klimkiewicz A, Krasowska A, Kopera M, Sławińska-Ceran A, Brower KJ, et al. History of sexual abuse and suicide attempts in alcohol-dependent patients. *Child Abuse and Neglect*. 2014; 38(9):1560-8.

49. World Health Organization. HIV/AIDS. 2019 [cited January 28, 2020]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.

50. Muller M, Vandeleur C, Rodgers S, Rossler W, Castelao E, Preisig M, et al. Posttraumatic stress avoidance symptoms as mediators in the development of alcohol use disorders after exposure to childhood sexual abuse in a Swiss community sample. *Child abuse & neglect*. 2015; 46:8-15. Epub 2015/04/02.

51. Klanecky AK, McChargue DE, Tuliao AP. Proposed pathways to problematic drinking via post-traumatic stress disorder symptoms, emotion dysregulation, and dissociative tendencies following child/adolescent sexual abuse. *Journal of addictive diseases*. 2016; 35(3):180-93. Epub 2016/01/13.

52. Smith KZ, Smith PH, Grekin ER. Childhood sexual abuse, distress, and alcohol-related problems: Moderation by drinking to cope. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2014; 28(2):532-7.

53. Skinner ML, Kristman-Valente AN, Herrenkohl TI. Adult Binge Drinking: Childhood Sexual Abuse, Gender and the Role of Adolescent Alcohol-Related Experiences. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*. 2016; 51(2):136-41. Epub 2015/08/12.

54. Skinner ML, Hong S, Herrenkohl TI, Brown EC, Lee JO, Jung H. Longitudinal Effects of Early Childhood Maltreatment on Co-Occurring Substance Misuse and Mental Health Problems in Adulthood: The Role of Adolescent Alcohol Use and Depression. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2016; 77(3):464-72. Epub 2016/05/14.

55. Scheidell JD, Quinn K, McGorray SP, Frueh BC, Beharie NN, Cottler LB, et al. Childhood traumatic experiences and the association with marijuana and cocaine use in adolescence through adulthood. *Addiction (Abingdon, England)*. 2018; 113(1):44-56. Epub 2017/06/24.

56. Alex Mason W, Jean Russo M, Chmelka MB, Herrenkohl RC, Herrenkohl TI. Parent and peer pathways linking childhood experiences of abuse with marijuana use in adolescence and adulthood. *Addictive behaviors*. 2017; 66:70-5. Epub 2016/11/28.

57. Tonmyr L, Shields M. Childhood sexual abuse and substance abuse: A gender paradox? *Child abuse & neglect*. 2017; 63:284-94. Epub 2016/12/04.

58. Meng X, D'Arcy C. Gender moderates the relationship between childhood abuse and internalizing and substance use disorders later in life: a cross-sectional analysis. *BMC psychiatry*. 2016; 16(1):401. Epub 2016/11/17.

59. Wang K, White Hughto JM, Biello KB, O'Cleirigh C, Mayer KH, Rosenberger JG, et al. The role of distress intolerance in the relationship between childhood sexual abuse and problematic alcohol use among Latin American MSM. *Drug and alcohol dependence*. 2017; 175:151-6. Epub 2017/04/23.

60. Scheidell JD, Kumar PC, Campion T, Quinn K, Beharie N, McGorray SP, et al. Child Sexual Abuse and HIV-Related Substance Use and Sexual Risk Across the Life Course Among Males and Females. *Journal of child sexual abuse*. 2017; 26(5):519-34. Epub 2017/07/12.

61. Woerner J, Kopetz C, Lechner WV, Lejuez C. History of abuse and risky sex among substance users: The role of rejection sensitivity and the need to belong. *Addictive behaviors*. 2016; 62:73-8. Epub 2016/06/28.

62. Lee W, Ti L, Marshall BD, Dong H, Wood E, Kerr T. Childhood Sexual Abuse and Syringe Sharing Among People Who Inject Drugs. *AIDS and behavior*. 2015; 19(8):1415-22. Epub 2014/11/28.

63. Tomori C, McFall AM, Srikrishnan AK, Mehta SH, Nimmagadda N, Anand S, et al. The prevalence and impact of childhood sexual abuse on HIV-risk behaviors among men who have sex with men (MSM) in India. *BMC public health*. 2016; 16:784. Epub 2016/08/16.

64. A WB, Lounsbury DW, Palma A, Carrico A, Pachankis J, Schoenbaum E, et al. Importance of substance use and violence in psychosocial syndemics among women with and at-risk for HIV. *AIDS care*. 2016; 28(10):1316-20. Epub 2016/04/26.

65. Bell CJ, Foulds JA, Horwood LJ, Mulder RT, Boden JM. Childhood abuse and psychotic experiences in adulthood: Findings from a 35-year longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*. 2019; 214(3):153-8.

66. Fekih-Romdhane F, Tira S, Cheour M. Childhood sexual abuse as a potential predictor of psychotic like experiences in Tunisian college students. *Psychiatry research*. 2019; 275((Fekih-Romdhane F., feten.fekih@gmail.com; Tira S., tira.salma@gmail.com; Cheour M., majda.cheour@yahoo.com) Faculty of Medicine of Tunis, Tunis El Manar University, Tunisia):181-8.

67. Misiak B, Moustafa AA, Kiejna A, Frydecka D. Childhood traumatic events and types of auditory verbal hallucinations in first-episode schizophrenia patients. *Comprehensive psychiatry*. 2016; 66:17-22. Epub 2016/03/21.

68. Hardy A, Emsley R, Freeman D, Bebbington P, Garety PA, Kuipers EE, et al. Psychological Mechanisms Mediating Effects Between Trauma and Psychotic Symptoms: The Role of Affect Regulation, Intrusive Trauma Memory, Beliefs, and Depression. *Schizophrenia bulletin*. 2016; 42 Suppl 1:S34-43. Epub 2016/07/28.
69. Boyda D, McFeeters D. Childhood maltreatment and social functioning in adults with sub-clinical psychosis. *Psychiatry research*. 2015; 226(1):376-82. Epub 2015/02/12.
70. Choi JY. Posttraumatic stress symptoms and dissociation between childhood trauma and two different types of psychosis-like experience. *Child abuse & neglect*. 2017; 72:404-10. Epub 2017/09/17.
71. Cole CL, Newman-Taylor K, Kennedy F. Dissociation mediates the relationship between childhood maltreatment and subclinical psychosis. *Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*. 2016; 17(5):577-92. Epub 2016/04/06.
72. Thompson AD, Nelson B, Yuen HP, Lin A, Amminger GP, McGorry PD, et al. Sexual trauma increases the risk of developing psychosis in an ultra high-risk "prodromal" population. *Schizophrenia bulletin*. 2014; 40(3):697-706.
73. Hassan AN, Stuart EA, De Luca V. Childhood maltreatment increases the risk of suicide attempt in schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2016; 176(2-3):572-7. Epub 2016/05/30.
74. Duncan R, Mulder R, Wilkinson SH, Horwood J. Medically Unexplained Symptoms and Antecedent Sexual Abuse: An Observational Study of a Birth Cohort. *Psychosomatic medicine*. 2019; 81(7):622-8.
75. Nacak Y, Morawa E, Tuffner D, Erim Y. Insecure attachment style and cumulative traumatic life events in patients with somatoform pain disorder: A cross-sectional study. *Journal of psychosomatic research*. 2017;103((Nacak Y.; Morawa E.; Erim Y., yesim.irim@uk-erlangen.de) Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University Hospital of Erlangen, Friedrich-Alexander University Erlangen-Nürnberg (FAU), Erlangen, Germany):77-82.
76. Werner KB, McCutcheon VV, Challa M, Agrawal A, Lynskey MT, Conroy E, et al. The association between childhood maltreatment, psychopathology, and adult sexual victimization in men and women: results from three independent samples. *Psychological medicine*. 2016; 46(3):563-73. Epub 2015/12/22.

77. Lahav Y, Talmon A, Ginzburg K, Spiegel D. Reenacting Past Abuse—Identification with the Aggressor and Sexual Revictimization. *Journal of Trauma and Dissociation*. 2019; 20(4):378-91.

78. Brown J, Burnette ML, Cerulli C. Correlations Between Sexual Abuse Histories, Perceived Danger, and PTSD Among Intimate Partner Violence Victims. *Journal of interpersonal violence*. 2015; 30(15):2709-25. Epub 2014/10/18.

79. Mokma TR, Eshelman LR, Messman-Moore TL. Contributions of Child Sexual Abuse, Self-Blame, Posttraumatic Stress Symptoms, and Alcohol Use to Women's Risk for Forcible and Substance-Facilitated Sexual Assault. *Journal of child sexual abuse*. 2016;25(4):428-48. Epub 2016/06/09.

80. Wilhite ER, Mallard T, Fromme K. A longitudinal event-level investigation of alcohol intoxication, alcohol-related blackouts, childhood sexual abuse, and sexual victimization among college students. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. 2018; 32(3):289-300. Epub 2018/04/10.

81. Miragoli S, Camisasca E, Di Blasio P. Narrative fragmentation in child sexual abuse: The role of age and post-traumatic stress disorder. *Child abuse & neglect*. 2017; 73:106-14. Epub 2017/09/30.

82. Miragoli S, Procaccia R, Di Blasio P. Language Use and PTSD Symptoms: Content Analyses of Allegations of Child Sexual Abuse. *Journal of forensic psychology practice*. 2014; 14(5):355-82.

83. Guha A, Luebbers S, Papalia N, Ogloff JRP. A follow-up study of mental health service utilisation in a cohort of 2433 sexually abused Australian children utilising five years of medical data. *Child Abuse and Neglect*. 2019; 90((Guha A., ahona.guha@forensicare.vic.gov.au; Luebbers S.; Papalia N.; Ogloff J.R.P.) Swinburne University of Technology, Australia):174-84.

84. Simon VA, Barnett D, Smith E, Mucka L, Willis D. Caregivers' abuse stigmatization and their views of mental health treatment following child sexual abuse. *Child abuse & neglect*. 2017; 70:331-41. Epub 2017/07/07.

85. Letourneau EJ, Eaton WW, Bass J, Berlin FS, Moore SG. The need for a comprehensive public health approach to preventing child sexual abuse. *Public Health Reports*. 2014; 129(3):222-8.

86. Wielaard I, Stek ML, Comijs HC, Rhebergen D. Reliability of retrospective reports on childhood abuse and its determinants in older adults during a 6-year follow-up. *J Psychiatr Res*. 2018; 105:9-16. Epub 2018/08/20.