



VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

Medicina

*Klinikinės medicinos instituto
Psichiatrijos klinika*

Aušrinė Gogelytė, VI kursas, 17 grupė

VIENTISŲJŲ STUDIJŲ MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Ilgalaikės vaikų seksualinės prievartos pasekmės: psichiatrinės įžvalgos

Long-term Consequences of Child Sexual Abuse: Psychiatric Insights

Darbo vadovas

Asist. Dr. Asta Dervinytė-Bongarzoni

Katedros ar klinikos vadovas

Prof. Dr. Sigita Lesinskienė

Vilnius, 2025-05-10

Studento elektroninio pašto adresas: ausrine.gogelyte@mf.stud.vu.lt

TURINYS:	
SANTRUMPOS	3
SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
ĮVADAS	6
1. VAIKYSTĖJE PATIRTO SEKSUALINIO SMURTO NEUROENDOKRINOLOGIJA.....	8
1.1 Hipokampo-hipofizės-antinksčių ašies pokyčiai.	8
1.2 Genetiniai ir epigenetiniai veiksniai	9
1.3 Smegenų struktūriniai ir funkciniai pokyčiai	11
1.3.1 Hipokampo pokyčiai	11
1.3.2 Migdolinio kūno pokyčiai	12
1.3.3 Didžiosios smegenų jungties pokyčiai	13
1.3.4 Smegenų žievės pokyčiai	14
1.3.5 Funkciniai galvos smegenų aktyvumo pokyčiai	15
2. LYČIŲ SKIRTUMAI.....	16
3. PSICHIATRINĖS PASEKMĖS	17
3.1 Internalizuojantys sutrikimai.....	17
3.1.1 Depresija	17
3.1.2 Potrauminis Streso Sutrikimas	18
3.1.3 Valgymo sutrikimai	19
3.2 Eksternalizuojantys sutrikimai	20
3.2.1 Priklausomybė nuo psichoaktyvių medžiagų	20
3.2.2 Aktyvumo ir dėmesio sutrikimas	22
3.2.3 Ribinis asmenybės sutrikimas	23
3.3 Suicidiškumas ir savižala	24
3.4 Seksualinis funkcionavimas, kūno įvaizdis ir savęs suvokimas.....	25
3.5 Miego sutrikimai.....	28
PASTEBĖJIMAI	29
IŠVADOS, PASIŪLYMAI IR ATEITIES PERSPEKTYVOS	30

SANTRUMPOS

ADS – aktyvumo ir dėmesio sutrikimas

AKTH – adrenokortikotropinis hormonas

AVFS/SS – ankstyvosios vaikystės fizinis arba seksualinis smurtas

GK – gliukokortikoidai

HHA – hipokampo-hipofizės-antinksčių (ašis)

KAH – kortikotropiną atpalaiduojantis hormonas

KSES – kompulsinis seksualinio elgesio sutrikimas

MRT – magnetinio rezonanso tomografija

NB – nervinė bulimija

NEV – netinkamas elgesys vaikystėje

SŽBSI – savęs žalojimas be savižudybės intencijos

PAM – psichoaktyvios medžiagos

PET – pozitronų emisijos tomografija

PTSS – potrauminio streso sutrikimas

RAS – ribinis asmenybės sutrikimas

rRAS – remisijoje esantis ribinis asmenybės sutrikimas

VSS – vaikystės seksualinis smurtas

SANTRAUKA

Išplėstinės literatūros apžvalgos tikslas: naudojantis prieinamomis ir Vilniaus Universiteto prenumeruojamomis duomenų bazėmis PubMed, UpToDate, EBSCOhost, ScienceDirect, ClinicalKey, Nature atrinkti mokslinius straipsnius, susijusius su vaikystėje patiriamos seksualinės prievartos ilgalaikėmis psichiatrinėmis pasekmėmis.

Vaikystėje patirtas seksualinis smurtas yra plačiai paplitęs reiškinys, kurio dažnis, remiantis literatūros duomenimis, mergaičių populiacijoje siekia 5,8-34%, o berniukų 2-11%. Ilgalaikės jo pasekmės apima platų spektrą endokrininių, neurologinių ir psichiatrinų pokyčių ar sutrikimų, kurių išraiška priklauso nuo traumos pobūdžio, lyties, genetinių ar aplinkos veiksnių. Neurobiologiniu aspektu vaikų seksualinė prievarta sukelia ilgalaikius hipotalamo-hipofizės-antinksčių ašies pokyčius, pasireiškiančius pakitusia kortizolio koncentracija ir atipinėmis reakcijomis į stresą, šie gali sukelti struktūrinius ir funkcinius smegenų pokyčius, siejamus su įvairiomis psichopatologijomis. Skirtingais vystymosi laikotarpiais patirtas seksualinis smurtas paveikia specifines smegenų sritis. Tyrimai atskleidžia specifinius genus ir epigenetinius pakitimus, kurie moduliuoja individualų jautrumą stresui.

Vaikystėje patirta seksualinė prievarta yra susijusi su reikšmingai padidėjusia psichiatrinų sutrikimų išsivystymo rizika. Ilgalaikėms pasekmėms būdingi tiek internalizuojantys, tiek eksternalizuojantys sutrikimai. Tarp internalizuojančių sutrikimų stebimi depresijos, potrauminio streso, nervinės bulimijos sutrikimai. Tarp eksternalizuojančių sutrikimų išskiriama padidėjusi priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų rizika, aktyvumo ir dėmesio sutrikimas bei ribinis asmenybės sutrikimas. Vaikystėje patiriama seksualinė prievarta sąlygoja ankstyvą psichoaktyvių medžiagų vartojimo pradžią ir didesnę priklausomybės išsivystymo riziką. Suicidiškumas ir savižala be suicidinių ketinimų, įvairūs miego sutrikimai taip pat yra reikšmingai susiję su šio pobūdžio trauminėmis patirtimis. Vaikystėje patiriamas seksualinis smurtas gali paveikti seksualinį funkcionavimą ir kūno įvaizdį, sukeldamas įvairias seksualines disfunkcijas.

Raktažodžiai: vaikų seksualinė prievarta, seksualinis smurtas prieš vaikus, ilgalaikės pasekmės, psichiatriniai sutrikimai

SUMMARY

The aim of the extended literature review is to select scientific articles related to the long-term consequences of childhood sexual abuse using the databases PubMed, UpToDate, EBSCOhost, ScienceDirect, ClinicalKey, and Nature, which are available and subscribed to by Vilnius University.

Childhood sexual abuse is a widespread phenomenon, with a prevalence of 5.8-34% among girls and 2-11% among boys, according to the literature. Its long-term consequences include a wide range of endocrine, neurological, and psychiatric changes or disorders, the manifestation of which depends on the nature of the trauma, gender, and genetic or environmental factors. From a neurobiological perspective, sexual abuse in children causes long-term changes in the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, manifested by altered cortisol concentrations and atypical responses to stress, which can lead to structural and functional brain changes associated with various psychopathologies. Sexual abuse experienced at different stages of development affects specific areas of the brain. Studies reveal specific gene and epigenetic differences that modulate individual sensitivity to stress.

Sexual abuse experienced in childhood is associated with a significantly increased risk of developing psychiatric disorders. Long-term consequences include both internalising and externalising disorders. Internalising disorders include depression, post-traumatic stress disorder and bulimia nervosa. Externalising disorders include an increased risk of substance dependence, attention deficit hyperactivity disorder, and borderline personality disorder. Sexual abuse in childhood leads to early use of psychoactive substances and a higher risk of developing addiction. Suicidal behavior and non-suicidal self injury, different sleep disturbances are also significantly associated with traumatic experiences of this nature. Sexual abuse in childhood can affect sexual functioning and body image, causing various sexual dysfunctions.

Keywords: child sexual abuse, sexual violence against children, long-term consequences, psychiatric disorders

IVADAS

Pasak Pasaulinės sveikatos organizacijos, seksualinis smurtas prieš vaikus yra vaiko įtraukimas į seksualinę veiklą, kurios jis visiškai nesupranta, kuriai negali duoti informuoto sutikimo arba kuriai vaikas nėra pasirengęs, arba kuri pažeidžia visuomenės įstatymus ar socialinius tabu (1). Tai aprėpia daugybę skirtingų veiksmų. Nekontaktiniu seksualiniu smurtu yra laikomi tokie veiksmai kaip grasinimai seksualine prievarta, žodinis seksualinis priekabiavimas, priekabiavimas skatinant seksualiai santykiuoti, apsinuoginimas prieš vaiką, vaiko supažindinimas su pornografija (1). Į kontaktinio be penetracijos seksualinio smurto apibrėžimą įeina tokie veiksmai, kaip netinkamas vaiko lietimasis ir bučiavimas, glostymas, o į kontaktinio penetruojančio – įsiskverbimas oraliu būdu, seksualinė prievarta ar išžaginimas, apibrėžtas kaip fiziškai prievartinis ar kitaip priverstinis įsiskverbimas varpa, kita kūno dalimi ar daiktu į vulvą, makštį ar išangę (1). Seksualinis smurtas prieš vaikus apima incestą (šeimos nario ar artimo giminaičio prievartą) ir išnaudojimą, pavyzdžiui, vaiko naudojimą prostitucijai ar pornografijai. Seksualinis smurtautojas gali būti suaugęs asmuo arba kitas vaikas ar paauglys, kuris dėl savo amžiaus ar raidos etapo užima atsakingas, pasitikėjimo, ar galios pozicijas aukos atžvilgiu (1). Fizinis smurtas nėra būdingas daugeliui vaikystės seksualinio smurto (toliau – VSS) atvejų, seksualiniam išnaudojimui galios pozicijoje esantis asmuo tipiškai naudoja psichologinę, materialinę ar emocinę manipuliaciją. Nors viešojoje erdvėje dažnai daugelio seksualinio smurto prieš vaikus atvejų yra siejami su pedofilija, tyrimai rodo, jog didžioji dalis šių seksualinių smurtautojų neturi pedofilinių preferencijų (2). Pedofilija – medicininė diagnozė, apibūdinama kaip liga ar sutrikimas, kuriam būdingas ilgalaikis ir kryptingas, intensyvus seksualinio susijaudinimo modelis, pasireiškiantis seksualinėmis mintimis, fantazijomis, potraukiais ar elgsena, nukreipta į vaikus iki jų lytinio brendimo pradžios (2). Tam, kad asmeniui būtų nustatytas pedofilinis sutrikimas, šis turi veikti pagal šias mintis, potraukius ar fantazijas, arba dėl jų patirti žymią kančią. Daugelis asmenų, kurie imasi seksualinio smurto prieš vaikus, neturi šių potraukių, jie artumo ir seksualinio pasitenkinimo poreikius tenkina pasinaudodami vaikais dėl kitų priežasčių, įskaitant nesaugumą su kitais suaugusiais jausmą, nusivylimą ar vienišumą, seksualizuotą galios demonstravimą, vyriškumo krizių išgyvenimą, apsvaigimą nuo psichoaktyvių medžiagų (toliau – PAM) ar kitų psichikos sutrikimų (2).

Pasaulinio seksualinio smurto prieš vaikus paplitimo tyrimai atskleidžia didelį šios problemos mastą (3). Maždaug 31% mergaičių visame pasaulyje yra patyrusios nekontaktinį seksualinį smurtą (3). Nuo kontaktinio nepenetruojančio VSS, kenčia apie 13% mergaičių. Dar didesnę nerimą kelia tai, jog 15% mergaičių yra patyrusios mišrias seksualinio formas, o apie 9% patyrusios kontaktinį penetruojantį seksualinį smurtą, t.y. maždaug kas vienuolikta mergaitė pasaulyje. Maždaug 17% berniukų yra patyrę nekontaktinį seksualinį smurtą, 6% kontaktinį nepenetruojantį smurtą. Apie 8% berniukų yra patyrę mišrias VSS formas, 3% berniukų, arba maždaug vienas iš trisdešimt trijų, vaikystėje patyrė

prievartinius lytinius santykius. Mergaičių visų rūšių seksualinio smurto paplitimo rodikliai yra apie 2-3 kartus didesni nei berniukų (3).

Šie lyčių skirtumai yra labai nuoseklūs įvairiuose tyrimuose, tačiau šie statistiniai duomenys gali nepakankamai atspindėti berniukų viktimizacijos dažnį (4). Berniukai gerokai rečiau atskleidžia savo VSS patirtį, o kai praneša, paprastai praneša nenuosekliai (4). Be to, dažnai nepakankamai įvertinamas nukentėjusių vyriškos lyties vaikų patirto seksualinio smurto sunkumas, o tai susiję su populiariomis prielaidomis, jog berniukai patiria mažesnę neigiamą jo poveikį nei mergaitės. Socializacijos procesai dar labiau apsunkina atsiskleidimą, nes berniukai dėl kultūrinių normų, susijusių su vyriškumu ir seksualine patirtimi gali nesuprasti, kad jais buvo pasinaudota. Šie veiksniai kartu parodo, kad nors VSS paplitimo skirtumas tarp lyčių greičiausiai atspindi tikrą viktimizacijos dažnių skirtumą, visą seksualinio smurto prieš berniukus mastą iš dalies gali slėpti lyties pagrindu susiformavę informacijos atskleidimo modeliai ir smerkiančios visuomenės nuostatos. (4)

VSS dažnai sukelia galias ir daugybę gyvenimo sferų paliečiančias pasekmes, kurių apimtis dar nėra iki galo aiški. Išgyvenusieji patiria didelį poveikį savo fizinei sveikatai: dažniau serga širdies ir kraujagyslių ligomis (5), dažniau kenčia nuo virškinamojo trakto sutrikimų (6), išauga įvairių autoimuninių ligų išsivystymo rizika (7). VSS patyrę asmenys dažniau naudojami sveikatos priežiūros paslaugomis (8). Ilgai buvo manoma, kad VSS didina lėtinio skausmo atsiradimo riziką, tačiau tyrimais tvirtu ryšio įrodyti nepavyko (9). Socialinius ir ekonominiu požiūriu VSS gali sukelti didelių iššūkių, nes išgyvenusieji dažniau nebaigia vidurinės mokyklos, rečiau įgyja bakalauro laipsnį, prasciau įsidarbina ir uždirba gerokai mažiau nei jų bendraamžiai, o tai prisideda prie skurdo didėjimo (10). Skurdas savo prigimtimi didina šių asmenų pažeidžiamumą ir užkerta galimybes gauti pagalbą.

Vaikystėje patiriamas netinkamas elgesys sutrikdo normalų emocijų reguliavimo įgūdžių vystymąsi – daro įtaką seksualiniam vystymuisi, formuoja kognityvines schemas apie santykius, pasitikėjimą, ir savivertę, taip pat veikia smurtą patyrusių asmenų gebėjimą atpažinti riziką, arba verčia teikti pirmenybę kitiems, ne saugumo, poreikiams – dėl to maždaug pusė asmenų, patyrusių seksualinę prievartą vaikystėje, gresia pakartotinė viktimizacija (11).

Vaikystėje patirta seksualinė prievarta yra siejama įvairaus tipo psichopatologijomis suaugus. Jų vystymosi eigą ir kryptį lemia daugybė skirtingų veiksnių: seksualinės traumos pobūdis, dažnis, amžiaus tarpsnis, kurio metu ji buvo patirta, asmens, patyrusio traumą lytis, epigenetika ir kiti.

Darbo tikslas: apžvelgti mokslinėje literatūroje pateikiamus duomenis apie vaikystėje patirtos seksualinės prievartos poveikį ir dažniausias psichiatrines pasekmes.

Darbo metodika: atlikta aprašomojo pobūdžio literatūros apžvalga, kuriai pirminė mokslinių publikacijų paieška buvo vykdoma naudojantis viešai prieinamomis ir Vilniaus Universiteto

prenumeruojamomis duomenų bazėmis ClinicalKey, PubMed, EBSCOhost, Nature, UpToDate ScienceDirect, su raktažodžiais ir jų kombinacijomis „child sexual abuse“, „childhood sexual abuse“, „borderline personality disorder“, „depression“, „attention deficit hyperactivity disorder“, „suicidality“, „self harm“, „eating disorders“, „bulimia nervosa“, „sexual dysfunction“, „addiction“, „drug use“, „post traumatic stress disorder“, „dissociation“, „sleep problems“, „insomnia“, „hypothalamus“, „amygdala“, „corpus callosum“, „cortical thinning“, „hypothalamic pituitary adrenal axis“, „epigenetics“, „genes“. Prioritetas buvo teikiamas mokslinėms publikacijoms, publikuotoms nuo 2015m. iki 2025m. Perskaičius mokslinių publikacijų santraukas buvo atmesti temos neatitinkantys, pasikartojančio turinio ir pilnos prieigos nesuteikiantys straipsniai. Pilnos publikacijų versijos išplėstinei literatūros apžvalgai gautos per Vilniaus Universiteto prenumeruojamas duomenų bazines ir atviros prieigos duomenų bazines.

1. VAIKYSTĖJE PATIRTO SEKSUALINIO SMURTO NEUROENDOKRINOLOGIJA

1.1 Hipokampo-hipofizės-antinksčių ašies pokyčiai.

Daugybės tyrimų duomenimis, psichopatologijų atsiradimas ir vystymasis glaudžiai susijęs su neuroendokrininės ašies pokyčiais, atsirandančiais lėtinio streso fone. Viena iš ašių, hipokampo-hipofizės-antinksčių (toliau - HHA) ašis, yra vienas pagrindinių žmogaus organizmo reakcijos į stresą mechanizmų (12). Stresas yra vienas iš HHA ašies aktyvavimą nulemiančių veiksnių, jo poveikyje hipokampo paraventrikulinis branduolys pradeda gaminti vasopresiną ir kortikotropiną atpalaiduojantį hormoną (toliau - KAH), šie paskatina hipofizės priekinės skilties vykdomą adrenokortikotropinio hormono (toliau - AKTH) sintezę (12). Išaugusi AKTH koncentracija veikia antinksčių žievę ir skatina gliukokortikoidų (toliau - GK), daugiausia kortizolio, sekreciją. GK neigiamos grįžtamojo ryšio kilpos dėka, veikdami hipokampą ir hipofizę, slopina KAH ir AKTH sekreciją. Šio mechanizmo sutrikimas lėtinio streso fone yra viena iš hipotezių, galinčių paaiškinti tolesnę gyvenimo eigoje besivystančių psichopatologijų įvairovę (12).

HHA ašies poveikį potrauminių adaptacijų atsiradimui nagrinėjantys tyrimai nėra vienareikšmiai. Dalis tyrimų leidžia matyti, jog anksti patirtas VSS yra susijęs su hiperreaktyvia HHA ašimi ir pakitusiais autonominiais atsakais streso metu (13). Naudojant psichosocialinį streso protokolą tiriant moteris patyrusias ir nepatyrusias VSS, buvo matuotas jų širdies ritmas, AKTH ir kortizolio koncentracija kraujo plazmoje. VSS patyrusios moterys, (su klinikinės depresijos diagnoze arba be jos) parodė didesnę AKTH atsaką nei tiek kontrolinės grupės, tiek depresija sergančios moterys, vaikystėje nepatyrusios prievartos (13). Prievartą patyrusių moterų, sergančių depresija, AKTH smailė buvo daugiau nei šešis kartus didesnė nei kontrolinės grupės. Kortizolio atsakas taip pat skyrėsi: VSS patyrusių moterų, sergančių klinicine depresija, kraujo mėginiuose vėlesniais laiko

momentais (30, 45 ir 60 minučių) buvo nustatytas didesnis kortizolio kiekis, palyginus rezultatus su kitomis grupėmis, šios grupės mėginiai parodė didesnę maksimalią kortizolio koncentraciją (13).

Seksualinę prievartą išgyvenusios 7 – 15 metų amžiaus mergaitės, lyginant su kontroline grupe, turėjo reikšmingai žemesnį bazinį AKTH kiekį ir susilpnintą AKTH atsaką į avies KAH stimuliaciją (14). Tačiau jų kortizolio atsakas ir 24 valandų laisvojo kortizolio ekskrecija su šlapimu reikšmingai nesiskyrė nuo kontrolinės grupės. Manoma, jog ilgalaikis KAH hipersekrecijos epizodas, susijęs su VSS patirtimis, gali sukelti KAH receptorių jautrumo sumažėjimą hipofizėje, kartu išlaikant normalius kortizolio lygius dėl veikiančių neigiamo grįžtamojo ryšio mechanizmų. Tokie pakitimai galėtų paaiškinti suicidinių minčių, savižudybės bandymų ir distimijos paplitimo dažnį VSS patyrusioje mergaičių grupėje (14).

Žmonių tyrimais nustatyta, jog bendra kortizolio koncentracija auga iki 20 metų, po šio piko jo koncentracija pradeda mažėti (15). Ištyrus VSS patyrusias moteris buvo nustatyta, jog jos neatitinka šių normalių raidos tendencijų, kortizolio koncentracijos piką pasiekia žemesnį nei VSS nepatyrusi populiacijos dalis, taip pat šis pikas yra pasiekiamas anksčiau, ypač toms moterims, kurioms DNR metilinimo būdu buvo nustatytas paspartėjęs epigenetinis senėjimas (15).

Tiriant vaikų, patyrusių ankstyvosios vaikystės fizinį arba seksualinį smurtą (toliau – AVFS/SS), ryte ir vakare paimtus seilių mėginius, lyginant juos su smurto nepatyrusia kontroline grupe, buvo nustatytas dienos kortizolio koncentracijos sumažėjimas, rodantis neuroendokrininę disreguliaciją (16). Vaikų su aukštu depresijos ar internalizuojančių simptomų skaičiumi, patyrusių AVFS/SS, grupėje, dienos kortizolio koncentracijos sumažėjimas buvo žymesnis, nei AVFS/SS patyrusių vaikų grupėje, kurie neišsakė daug depresijos ar internalizuojančių simptomų (17). Ne visiems vaikams, patyrusiems seksualinį smurtą išsivysto depresijos ar kiti internalizuojantys simptomai. Tai iš dalies nulemia HHA ašį koduojančių genų skirtumai. Asmenys, turintys tam tikrus rizikos alelius gali patirti ryškesnius streso hormonų reguliavimo ar smegenų struktūrų pokyčius, toks biologinis pažeidžiamumas gali paaiškinti, kodėl kai kurie VSS išgyvenę žmonės yra labiau linkę sirgti tam tikrais psichikos sutrikimais (17–19).

1.2 Genetiniai ir epigenetiniai veiksniai

Tiriant HHA ašį koduojančius genus, stipriausias ryšys buvo aptiktas tarp mineralkortikoidų receptorių koduojančio geno NR3C2 vieno nukleotido polimorfizmo ir vaikystėje patirto netinkamo elgesio (18). Šio alelio nešiotojai pasižymėjo didesne kortizolio koncentracija po deksametazono supresijos testo ir didesne klinikinės depresijos diagnozės tikimybe, sumažėjusiu hipokampo ir migdolinio kūno tūriu. Tokie pokyčiai nebuvo būdingi alelio nešiotojams, nepatyrusiems fizinio, seksualinio ar emocinio smurto vaikystėje (18).

Ankstesni tyrimai rodė, jog CRHR1, KAH receptorių koduojančio geno rs110402 A alelis turi bendrą apsauginį poveikį prieš depresijos išsivystymą po įvairių vaikystės traumų, tačiau detalesni tyrimai parodė, kad šis apsauginis efektas priklauso tiek nuo lyties, tiek nuo patirto smurto tipo (19). Tyrėjai nustatė, kad apsauginis efektas pasireiškia daugiausiai vyrams ir yra labiausiai susijęs su fiziniu, bet ne seksualiniu smurtu. Seksualinio smurto patirtis, kuri dažnesnė tarp moterų, neparodė reikšmingos sąveikos su CRHR1 genu. Tai rodo, kad seksualinis smurtas gali aktyvuoti kitus neurobiologinius mechanizmus nei kiti traumų tipai, aplenkdamas genetinių veiksnių apsauginį poveikį, tai paaiškintų didelį psichopatologijų paplitimą net ir tarp tų seksualinę prievartą patyrusių asmenų, kurie turi genetinius variantus, paprastai susijusius su didesniu atsparumu kitoms traumoms (19).

Gliukokortikoidų receptorių koduojančio geno NR3C1 metilinimas yra tiesiogiai susijęs su vaikystėje patirtu smurtu, išnaudojimu ir netinkamo elgesio rūšių skaičiumi (20). Būtent pacientams su ribinio asmenybės sutrikimo diagnoze, patyrusiems penetruojančio tipo prievartą ir pasikartojantį išnaudojimą, buvo nustatytas padidėjęs metilinimas NR3C1 (20). Šio geno koduojamas receptorius jungiasi su kortizoliu ir kitais GK, tad yra itin svarbus streso reguliacijos mechanizmuose, kas gali paaiškinti jo ryšį su tam tikromis psichopatologijomis, ypač emocijų reguliacijos problemomis ir eksternalizuojančia elgsena vaikuose ir suaugusiuose (21). Funkcinis FKBP5 geno polimorfizmas taip pat sąveikauja su vaikystės trauma (22). Asmenims, turintiems rizikos alelį, vaikystės trauma yra susijusi su aleliui specifine DNR demetilacija gliukokortikoidų atsako elementuose FKBP5. Demetilinimas, gliukokortikoidų receptorių aktyvacijos metu, sustiprina FKBP5 transkripciją, tokiu būdu yra sustiprinamas atsakas į stresą, šis demetilinimas prisideda prie gliukokortikoidų receptorių atsparumo, kuris pakeičia neigiamą grįžtamojo ryšio kilpą, reguliuojančią streso hormonų atsaką (22). Tokio tipo epigenetiniai pokyčiai atsiranda kritiniais vystymosi laikotarpiais patyrus emocinę, fizinę ar seksualinę traumą ir yra ilgalaikiai. Įvairūs FKBP5 rizikos aleliai yra siejami su padidėjusia įvairių psichopatologijų išsivystymo rizika, ypač depresijos, ADHD, PTSS, RAS, taip pat padidėjusia suicidiškumo ir psichoaktyvių medžiagų vartojimo rizika (23). Šie molekuliniai pokyčiai buvo pastebėti tiek periferinėse kraujo ląstelėse, tiek žmogaus hipokampo progenitorinėse ląstelėse (22).

Svarbu paminėti, jog epigenetiniai pokyčiai taip pat buvo nustatyti fizinį ar seksualinį smurtą vaikystėje patyrusių žmonių serotonino transporterio gene SLC6A4, kuris yra pagrindinis serotoninerginės transmisijos reguliatorius (24). Šio geno metilinimas gali būti vienas iš mechanizmų, kuriais VSS gali veikti psichikos sveikatos išeitis gyvenimo eigoje, nes atlieka svarbų vaidmenį nuotaikos, atsako į stresą reguliacijoje, ir yra tiriamas dėl psichikos sutrikimų, ypač depresijos, atsiradimo sąsajų (25).

1.3 Smegenų struktūriniai ir funkciniai pokyčiai

Atliekant smegenų MRT tyrimus moterims, patyrusioms pasikartojančius seksualinio smurto epizodus vaikystėje, buvo bandoma nustatyti, ar tam tikrais amžiaus tarpsniais patirtas seksualinis smurtas ar prievarta turi specifinį poveikį skirtingų smegenų regionų, tokių kaip hipokampo, didžiosios smegenų jungties, kaktinės žievės ir migdolinio kūno vystymuisi. Nustatyta, kad hipokampo tūris buvo mažesnis toms moterims, kurios patyrė seksualinį smurtą būdamos 3-5 metų ir 11-13 metų amžiaus (26). Didžiosios smegenų jungties tūris buvo sumažėjęs moterims, patyrusioms prievartą 9-10 metų amžiuje, o kaktinės žievės vystymasis buvo paveiktas toms, kurios kentėjo prievartą 14-16 metų amžiuje (26). Vaizdiniais tyrimais migdolinio kūno jautriųjų laikotarpių nustatyti nepavyko, bet buvo pademonstruoti kitų smegenų regionų unikalūs jautrumo trauminio streso poveikiui langai, tad VSS patirtis skirtinguose amžiaus tarpsniuose gali turėti specifinius ir ilgalaikius padarinius smegenų vystymuisi bei struktūrai (26). Šie traumai jautrieji periodai ir skirtinga VSS patyrusių asmenų genetinė įvairovė gali paaiškinti kodėl daugybė tyrimų, kurių metu buvo analizuoti VSS patyrusių asmenų smegenų struktūrų pokyčiai, pateikia nevienareikšmiškus ar net prieštarigus rezultatus.

1.3.1 Hipokampo pokyčiai

Tiriant VSS patyrusius asmenis, daugiausia literatūroje buvo nagrinėti hipokampo, migdolinio kūno, smegenų žievės, smegenėlių kirmino, didžiosios smegenų jungties, pokyčiai (27). Hipokampus yra smegenų sritis, kuri be savo neuroendokrininės funkcijos taip pat dalyvauja atminties formavime ir mokymesi. Jis atsakingas už trumpalaikės atminties pavertimą į ilgalaikę atmintį, leidžia orientuotis erdvėje ir apdoroja kontekstinę informaciją, susijusią su emocijomis. Dėl savo specifinių savybių, tokių kaip aktyvi postnatalinė neurogenezė ir didelės GK receptorių koncentracijos, jis yra gana jautrus stresui (27). Nuo gimimo iki 2 metų amžiaus hipokampus auga gana lėtai, vėlesniuose vystymosi etapuose įvyksta didesni struktūriniai pokyčiai (28). Ilgalaikė hipokampo pokyčių analizė nuo 4 iki 25 metų rodo, jog vystymasis tęsiasi iki brandos amžiaus, o bręstant priekinės hipokampo dalies tūris mažėja, o užpakalinės didėja. Per pirmus gyvenimo metus atmintis tampa vis mažiau priklausoma nuo konteksto, tad stiprėja santykinė atmintis ir hipokampo veikla. Iki 6 metų amžiaus vaikai atlieka santykinės atminties užduotis kaip suaugusieji, tad pagrindinė hipokampo santykinė funkcija pilnai susiformuoja anksti (28). Tiriant moteris, patyrusias sunkių formų seksualinę prievartą vaikystėje, su ir be PTSS, ir lyginant jas su seksualinės prievartos nepatyrusių moterų be PTSS kontroline grupe, MRT vaizdiniuose tyrimuose yra stebimas hipokampo masės sumažėjimas (29). Moterų, patyrusių VSS ir turinčių PTSS, hipokampo tūris buvo 16% mažesnis nei patyrusių VSS ir neturinčių PTSS, ir 19% mažesnis nei kontrolinės grupės. Hipokampo tūrio pokyčiai nebuvo nustatyti tiriant vaikus, patyrusius netinkamą elgesį vaikystėje (toliau – NEV), tyrimuose apibrėžtą kaip fizinį, seksualinį ar emocinį smurtą. Lyginant magnetinio rezonanso tomografijos (toliau – MRT) vaizdus,

tarp vaikų, patyrusių NEV ir turinčių PTSS ir kontrolinės grupės, nebuvo nustatyta reikšmingų hipokampo tūrio pokyčių (30). Tai leidžia manyti, jog hipokampo tūrio pokyčiai kaip atsakas į traumuojančias patirtis atsiranda vėliau gyvenimo eigoje, arba gali būti susiję su psichoaktyvių medžiagų ar piktnaudžiavimu alkoholiu, darančiais poveikį hipokampo tūriui ir dažnesniu reiškiniu suaugusiųjų su PTSS populiacijose. Visgi hipokampo tūrio sumažėjimas yra dažnas radinys asmenyse, kuriems nustatyta PTSS ar klinikinė depresija, ši disfunkcija tokiuose pacientuose gali paaiškinti sutrikusią kognityvinę, ypač mokymosi ir atminties, funkciją (31).

1.3.2 Migdolinio kūno pokyčiai

Kita smegenų dalis, glaudžiai susijusi su hipokampu ir tiriama VSS patyrusių asmenų kontekste, yra migdolinis kūnas. Tai limbinės sistemos dalis, veikianti atminties bei emocijų pokyčius, somatomotorines ir vegetacines reakcijas. Pagrindinės migdolinio kūno struktūros jau yra susiformavusios gimimo metu, tačiau vaikystėje vyksta reikšmingas funkcinis ir struktūrinis jo vystymasis, trunkantis nuo pirmųjų gyvenimo metų iki vėlyvosios vaikystės (28). Šios dalies vystymasis skiriasi priklausomai nuo lyties – mergaičių migdolinis kūnas pasiekia suaugusiųjų dydį iki 4 metų amžiaus, o berniukų auga nuo 4 iki 18 metų. Funkciniu požiūriu vaikai, kaip ir suaugusieji, emocijoms atpažinti iš veido išraiškų naudoja šią struktūrą, tačiau jaunesnių reakcijos skiriasi, vaikai neutraliems veidams skiria daugiau migdolinio kūno aktyvumo, nei bauginančioms išraiškoms. Migdolinis kūnas yra reaktyvesnis ankstyvame amžiuje, pasiekia aukščiausią lygį paauglystėje, o suaugus jo aktyvumas silpnėja. Šis padidėjęs aktyvumas jaunystėje gali padėti pažinti aplinką augant, kai apie pasaulį žinoma palyginus mažai (28). Migdolinis kūnas atlieka lemiamą vaidmenį kondicionuojant baimę, kontroliuojant agresyvų elgesį, formuojant emocinę atmintį ir skatinant kovok-bėk-sustink-bandyk prisigerinti reakcijas. Migdolinio kūno anomalijos gali prisidėti prie įvairių simptomų, tokių kaip epizodinė diskontrolė, impulsyvus smurtas ir padidėjusios baimės reakcijos (27). Buvo nustatyta, jog ankstyvosios vaikystės stresinės patirtys šioje struktūroje sukelia tam tikrus neurocheminius pokyčius, tokius kaip išliekančius pokyčius GABA-A supramolekuliniuose kompleksuose, nustatytas sumažėjęs centrinių benzodiazepinų ir didelio afiniteto GABA-A receptorių tankis, išaugusi dopamino ir atenuota serotonino koncentracija. Migdoliniame kūne, nors ir mažesniais kiekiais nei pagumburyje, yra sintetinas KAH (13).

Daliai tyrimų, vertinusių VSS patyrusių vaikų migdolinio kūno tūrio pokyčius, nepavyko nustatyti jautriųjų šios smegenų dalies periodų (26). Taip pat, tiriant vaikus, patyrusius NEV ir turinčius PTSS ir lyginant juos su kontroline grupe, buvo atliktas detalus neuropsichologinis ir psichiatrinis ištyrimas, kartu atlikti galvos smegenų MRT tyrimai atskleidė, jog migdolinio kūno tūris tarp tirtos grupės ir kontrolės neparodė statistiškai reikšmingų skirtumų (30). Kiti tyrimai, nagrinėję platesnio spektro smurtines vaikų patirtis ir migdolo pokyčius, naudojo funkcinį MRT tyrimą ir emocinio veido

apdorojimo užduotis, kurių metu vaikams buvo rodomos geometrinės figūros (kaip kontroliniai stimulai) bei veidai su neutralia ir neigiama išraiška (32). Vertinamas nuo kraujo deguonies priklausomas atsakas atskleidė du migdoliniam kūnui jautriuosius periodus: ankstyvosios patirties grupė, apibrėžta kaip 6-11 metų vaikai, turėjo didesnę kraujo deguonies priklausomą aktyvacijos atsaką į neutralius veidus nei į grasinančius ar bauginančius veidus, taigi atsakas buvo atvirkštinis, lyginant su tipine reakcija (32). Vėlesnės vaikystės, amžiaus tarpsnyje tarp 14-18 metų traumas patyrę vaikai, turėjo hiperaktyvias migdolinio kūno reakcijas į neigiamas veido išraiškas. Tokia skirtinga adaptacija po trauminių patirčių gali būti paaiškinama skirtingu su amžiumi susijusiu prieraišumu ir gynybos mechanizmais – jaunesniems vaikams, priklausomiems nuo globėjų yra svarbu išlaikyti prieraišumo ryšius, net jei šie yra epizodiškai smurtauojantys, kai tuo tarpu vyresni vaikai gali naudoti su grėsme siejamą informaciją galėdami pabėgti arba kovoti (32).

Vertinant suaugusių moterų, patyrusių NEV ir turinčių PTSS, migdolinio kūno tūrį, buvo nustatytas dešinės pusės migdolinio kūno tūrio sumažėjimas (33). Šie pokyčiai buvo nustatyti dešinio migdolinio kūno bazolateraliniuose ir superficialiniuose branduoliuose, kurie dalyvauja emocinės atminties formavime ir baimės jausmo kondicionavime, leidžiančio susieti išorinius stimulus su neigiamomis pasekmėmis. Migdolinio kūno tūris negatyviai koreliavo būtent su seksualinės prievartos sunkumu, ne su bendra traumine patirtimi (33). Tiriant sveikų asmenų migdolinio kūno vystymosi eigą buvo nustatyta, jog kairysis migdolinis kūnas pasiekia savo maksimalų tūrį apie 1,5 metus anksčiau, nei dešinysis, tad pastarasis ilgesnį laiką išlieka pažeidžiamas įvairaus pobūdžio stresoriams (34). Normos atveju moterims yra būdinga abipusė šios dalies simetrija, tačiau vyrams yra nustatoma reikšmingai didesnė dešiniojo migdolinio kūno tūrinė asimetrija (34).

Pacientams, kurių migdolinis kūnas hiperaktyvus, būdinga padidėjęs jautrumas grėsmei, kuris gali pasireikšti kaip nerimo sutrikimai, PTSS ir hiperbudrumo būsenos (35). Šis mechanizmas atspindi adaptaciją, išsivysčiusią siekiant išvengti potencialiai žalingų situacijų. Pacientuose su PTSS yra pastebėta ir migdolinio kūno hipoaktyvacija, kuri pasireiškia asmenims reaguojant į džiaugsmingas veido išraiškas. Tai gali paaiškinti šiam sutrikimui būdingą emocijų blankumą (36). Taigi, migdolinio kūno hiperaktyvumas ir hipoaktyvumas, priklausomai nuo išorinio stimulo, atlieka vaidmenį ne vienos psichopatologijos simptomų raiškoje. Nustatyti migdolinio kūno jautrumo periodai gali būti klinikinei intervencijai svarbūs laikotarpiai, padėsiantys išvengti ilgalaikių VSS traumos pasekmių (37).

1.3.3 Didžiosios smegenų jungties pokyčiai

Ne vienas tyrimas parodė vaikystės trauminių patirčių poveikį didžiajai smegenų jungčiai (lot. *corpus callosum*). Ši jungtis – didžiausias smegenų baltosios medžiagos plyšys, jungiantis kairįjį ir dešinįjį pusrutulius, užtikrinantis tarpšemisferinę komunikaciją koordinuodamas jutiminės, motorinės,

kognityvinės ir emocinės informacijos perdavimą tarp abiejų smegenų pusrutulių (38). Ši integracija labai svarbi vieningam pažinimui ir emocijų reguliavimui. Didžioji smegenų jungtis kūdikystėje sukuria pagrindinius ryšius tarp dviejų smegenų pusrutulių, šis pirmiausia veikia sensorinę-motorinę integraciją, bilateralinę koordinaciją (39) Ankstyvosios vaikystės metu tolesnis vystymasis padeda tobulinti ryšius tarp aukštesniojo lygio asociacinių sričių. Tai palengvina kalbos įsisavinimą, besivystančias vykdomąsias funkcijas ir vis sudėtingesnę motorinę koordinaciją (40). Paauglystėje didžioji smegenų jungtis dalyvauja vis sudėtingesniuose pažinimo procesuose, tokiuose kaip abstraktus mąstymas, socialinis pažinimas ir emocijų reguliavimas (41).

Duomenys rodo, kad traumos laikas ir tipas gali turėti įtakos tam, kurios didžiosios smegenų jungties sritys yra labiausiai paveikiamos. Tiriant VSS patyrusius paauglius, kuriems išsivystė potrauminio streso sutrikimas, buvo nustatyta, kad jų *corpus callosum* struktūra buvo žymiai pakitusi (42). Naudojant difuzijos tenzorių vaizdavimo technologiją, tyrimas atskleidė sumažėjusią frakcinę anizotropiją (baltosios smegenų medžiagos vientisumo rodiklį) – *corpus callosum* genu, vidurinėje dalyje ir *splenium* srityse. Manoma, jog baltosios medžiagos vientisumo pakitimai gali būti susiję su streso hormonų įtaka mielinizacijai ir selektyvaus sinapsių genėjimo procesams (42). Šie pakitimai buvo susiję su padidėjusia radialine ir vidutine difuzija, kas rodo demielinizaciją – mielinio dangalo, kuris izoluoja nervų skaidulas ir pagreitina signalų perdavimą, sumažėjimą. Šių pacientų pykčio lygio įvertinimai buvo neigiamai susiję su *corpus callosum* kairės pusės struktūriniu vientisumu, tad tokie pokyčiai gali būti susiję su emocijų reguliavimo sunkumais, būdingais PTSS (42). Skirtingai nuo suaugusiųjų, kur potrauminis stresas dažnai siejamas su hipokampo tūrio sumažėjimu, paauglių tyrimai rodo, kad *corpus callosum* struktūriniai pokyčiai gali būti pagrindinė psichotraumos neurobiologinė išraiška (42).

1.3.4 Smegenų žievės pokyčiai

Smegenų žievė sparčiai auga pirmaisiais gyvenimo metais, jos tūris nuo gimimo iki 1 metų padidėja apie 108-149%, o nuo 1 iki 2 metų 14-19%. Iki dviejų metų amžiaus jos storis pasiekia 97% suaugusiojo smegenų žievės vertės (43). Iki 2 metų vaikai išsiugdo pagrindinius dėmesio kontrolės mechanizmus ir darbinės atminties gebėjimus. Ankstyvosios vaikystės laikotarpiu yra išugdomos geresnės vykdomosios funkcijos, elgesio slopinimas, gerėja darbinė atmintis, laiko planavimo gebėjimai (44). Dorsolateralinė smegenų žievė subręsta paskutinė, jos vystymasis tęsiasi visu vėlyvuoju vaikystės laikotarpiu iki 20 metų ir yra susijęs su sparčiu sinapsinių jungčių genėjimu ir paspartėjusiu mielinizacijos procesu, kuris padeda pagerinti impulso perdavimą (45,46). Šie struktūriniai pokyčiai sutampa su sparčiu vykdomųjų funkcijų, įskaitant kognityvinį lankstumą, impulsų kontrolę ir sudėtingą socialinį pažinimą, vystymusi (47).

Vėlyvai bręstanti kaktinė žievė yra pažeidžiamiausia seksualinei traumai vėlyvuju vaikystės laikotarpiu (48). Atlikus daugialypę regresinę analizę nustatyta, kad moterų, 14-16 metų amžiaus tarpsnyje, patirtas seksualinis smurtas buvo reikšmingai susijęs su sumažėjusiu priekinės žievės pilkosios medžiagos tūriu. Tiriant paauglius ir jaunos suaugusius, patyrusius fizinį ar seksualinį smurtą, buvo nustatytas mažesnis smegenų žievės storis, lyginant su smurto nepatyrusia kontroline grupe (48). Toks smurtas didžiausią poveikį turėjo orbitofrontalinės žievės, temporalinių regionų, parahipokampinio vingio, ventromedialinės prefrontalinės žievės regionams, aktyviai dalyvaujantiems emocijų reguliavime. Tirtuose suaugusiuose, VSS buvo susijęs su žymiu smegenų žievės kairiojo rostralinio viduriniojo kaktinio vingio (kuris atitinka dorsolateralinę prefrontalinę žievę) išretėjimu (49). Dorsolateralinei prefrontalinei žievei tenka svarbus vaidmuo kognityviniame emocijų reguliavime ir vykdomųjų funkcijų atlikime. Ši sritis, kaip smegenų kognityvinės kontrolės tinklo dalis, padeda žmonėms iš naujo interpretuoti emocinius dirgiklius ir kontroliuoti emocijas (49). Pilkosios smegenų medžiagos išretėjimas taip pat nustatytas kairiajame ir dešiniajame šoniniuose pakaušiniuose smilkininiuose vingiuose, dešiniajame antkraštiniame vingyje, kurie taip pat atlieka vaidmenį emocijų reguliavimo procesuose. Tokie struktūriniai pokyčiai gali pabloginti kognityvinę emocijų kontrolę, tai leistų paaiškinti, kodėl išgyvenusieji VSS dažnai susiduria su emocijų reguliavimo sunkumais (49). Šie pokyčiai buvo specifiniai VSS, o ne kitoms smurto formoms, įskaitant emocinį ar fizinį smurtą, tad VSS turi unikalų poveikį smegenų vystymuisi. Manoma, jog tokio pobūdžio limbinės sistemos kortikalinio reguliavimo sutrikimas gali prisidėti prie neurobiologinio pažeidžiamumo depresijai ir kitiems psichikos sutrikimams (49).

Taip pat nustatyta, kad VSS sukelia ilgalaikius neurobiologinius pokyčius smegenų srityse, atsakingose už jutiminės informacijos apdorojimą (50). Moterys, patyrusios VSS pasižymėjo ryškiu žievės išretėjimu būtent pirminės somatosensorinės žievės srityje atsakingoje už genitalijas, daugiausia kairiajame pusrutulyje. Manoma, kad toks žievės išretėjimas atsiranda dėl adaptyvių neuroplastinių pokyčių brendimo metu, kurie iš pradžių gali būti apsauginis mechanizmas, iš esmės „išjungiantis“ traumuojančios patirties sensorinį apdorojimą (50). Šios smegenų sritys yra būtinos normaliam seksualiniam suvokimui ir pojūčių patyrimui, tad nors šie pokyčiai gali apsaugoti vaiką išgyvenamo smurto laikotarpiu, suaugus šie greičiausiai tampa neadaptyvūs ir yra seksualinės disfunkcijos, apie kurią dažnai pasakoja seksualinę prievartą vaikystėje patyrę asmenys, pagrindas (50).

1.3.5 Funkciniai galvos smegenų aktyvumo pokyčiai

Atliekant tyrimą pozitronų emisijos tomografijos (toliau – PET) metodu buvo tiriamas moterų, patyrusių VSS, smegenų aktyvumas (51). Klausantis neutralių pasakojimų ir asmeninių scenarijų, kuriuose pasakojama apie traumuojančią patirtį, buvo lyginamos dvi grupės – moterų, turinčių PTSS

ir grupė be PTSS simptomų. Asmeniniai pasakojimai apie traumą buvo parengti atlikus interviu, kurių metu buvo įvertintas prievartos pobūdis ir sunkumas, tad kiekvienas scenarijus tiksliai atspindėjo individualią tiriamosios patirtį. PTSS grupėje buvo nustatytas žymus medialinės prefrontalinės žievės aktyvacijos sumažėjimas (51). Tokio pobūdžio disfunkcija dalyje, atsakingoje už sąsajų tarp konteksto, vietų, įvykių supratimą ir atitinkamų adaptyvių emocinių reakcijų į juos užtikrinimą, gali paaiškinti su PTSS siejamą nesugebėjimą užmalšinti baimės ir kitų pataloginių emocinių reakcijų (52). Aktyvacijos sumažėjimas taip pat nustatytas vaizdinės informacijos asociacinėse zonose, tai gali atspindėti bandymus slopinti vaizdinius, susijusius su traumuojančia patirtimi. PTSS grupėje nustatyta užpakalinio juostinio vingio ir motorinės žievės aktyvacija yra siejama su emocinės informacijos apdorojimo sustiprėjimu, erdvės suvokimu ir pasiruošimu fiziškai reaguoti į galimas grėsmes (52). Nors VSS turi įrodytą poveikį migdoliniam kūnui, tačiau PET tyrimo metu šios zonos aktyvacija nebuvo stebėta, numanoma, jog migdolinis kūnas svarbesnį vaidmenį atlieka emocinių patirčių kodavime, o ne atsiminimų atkūrimu. VSS išgyvenusioms moterims, neturinčioms PTSS, buvo būdingi kitokie smegenų regionų aktyvacijos modeliai, tai leidžia numanyti kitus atsparumo trauminiai patirčiai mechanizmus (52).

Vaikystėje patirto seksualinio smurto, smegenų pokyčių ir psichikos sutrikimų ryšys yra sudėtingas. Tam tikri vaizdiniuose neurologiniuose tyrimuose aptinkami požymiai, susiję su psichiatrinėmis ligomis, dažniau nustatomi asmenims, patyrusiems trauminės patirtis vaikystėje ir priklausančių šioms diagnostinėms grupėms (53). Kita vertus, tie patys smegenų pokyčiai gali būti nustatomi atspariams smurtą išgyvenusiems asmenims, neturintiems psichopatologijų. Manoma, jog šie nustatomi funkciniai ar morfologiniai smegenų pokyčiai yra svarbūs psichiatrinei simptomatikai, bet atspariuose asmenyse juos gali atsverti įvairūs kompensaciniai mechanizmai (53).

2. LYČIŲ SKIRTUMAI

Po vaikystėje patirto seksualinio smurto berniukų ir mergaičių psichologinės ir elgesio reakcijos labai skiriasi, o lytis turi didelę įtaką traumos simptomų pasireiškimui (4). Moterims dažniau būdingas internalizuojantis elgesys, pasireiškiantis depresija, nerimo sutrikimais, PTSS simptomais, tuo tarpu vyrams dažniau traumą išreiškia išoriškai – impulsyvumu ir piktnaudžiavimu psichoaktyviosiomis medžiagomis, kurie gali būti klaidingai interpretuojami kaip elgesio problemos, o ne kaip atsakas į trauminę patirtį (4,54). Lyčių skirtumai pasireiškia ir seksualinio pobūdžio reakcijose: tiek moterims, tiek vyrams, patyrusiems VSS gali būti būdingas hiperseksualus ar vengiantis elgesys, nukentėjusios moterys gali dažniau jausti padidėjusį seksualinį nerimą ir fizinio kontakto vengimą, o nukentėję vyrai turi didesnę polinkį į hiperseksualų elgesį (55,56). Šie skirtingi reagavimo modeliai greičiausiai atspindi sudėtingą biologinių polinkių, socializacijos procesų ir lyčių įveikos mechanizmų sąveiką.

Šių modelių supratimas yra labai svarbus kuriant tinkamai pritaikytus terapinius metodus ir tinkamai nustatant traumos reakcijas, kurios kitu atveju gali būti klaidingai diagnozuotos.

3. PSICHIATRINĖS PASEKMĖS

3.1 Internalizuojantys sutrikimai

VSS reikšmingai didina internalizuojančių sutrikimų išsivystymo riziką. Tyrimų duomenimis, asmenims, patyrusiems VSS, depresijos, nerimo, baimių, potrauminio streso bei valgymo sutrikimų išsivystymo tikimybė yra net 40% didesnė nei bendrojoje populiacijoje (57).

3.1.1 Depresija

Tyrimai rodo, kad emocinis smurtas yra labiau susijęs su depresija, tačiau VSS išlieka reikšmingas depresijos etiologijai (58). Vaikystėje patirtas seksualinis smurtas keičia neuroendokrinines reaktyvumo į stresą sistemas, kenkia savęs suvokimui ir sukelia gilias gėdos, kaltės ir menkavertiškumo jausmus, kurie gali išlikti suaugus. Tyrimai atskleidė sudėtingą ryšį tarp VSS ir klinikinės depresijos suaugus (59). Atliekant moterų dvynių tyrimą, VSS pirminiais duomenimis rodė stiprų ryšį su 9,6 % depresijos atvejų, tačiau, kontroliuojant pagrindines kovariacijas, tokias kaip tėvų netektis ir šeimyniško artumo trūkumą, šis rodiklis sumažėjo iki 5,3%, o dar labiau sumažėjo iki 4,4%, kai buvo atsižvelgta į nuotaiką atitinkantį atsiminimo šališkumą (angl. *moodcongruent recall*) (esami depresijos simptomai turėjo įtakos moterų pranešimui apie traumą) (59). Galutiniame modelyje apskaičiuotas šansų santykis buvo 1,83, o tai rodo, kad nors VSS turi reikšmingą priežastinį poveikį klinikinės depresijos rizikai, daugiau nei pusę nekoreguoto ryšio greičiausiai lemia kiti veiksniai. Toks VSS patirties poveikis klinikinės depresijos atsiradimui vis tiek išlieka stipresnis, nei iki šiol nustatyto genetinio paveldimumo (59).

Analizuojant kito longitudinalinio tyrimo duomenis, buvo nustatyta, jog VSS patyrusiems vyrams, palyginti su tokios patirties neturinčiais, vidutinio ir vėlyvojo suaugusiojo amžiaus laikotarpiu pasireiškė daug depresijos simptomų, šie ryškiausiai pasireiškė penktajame dešimtmetyje ir su amžiumi palaipsniui mažėjo (60). Abiejose tirtose grupėse laikui bėgant depresijos simptomai mažėjo panašiai, nors VSS grupėje simptomų lygis nuolat buvo aukštesnis. Į tyrimo analizę įtraukus kitas vaikystės nelaimes (angl. *childhood adversities*), specifinis VSS poveikis tapo statistiškai nereikšmingas, tad ne vien VSS, bet ir kelių neigiamų vaikystės patirčių bendras poveikis gali būti stipresnis ilgalaikės vyrų psichikos sveikatos būklės prognostinis veiksnys (60).

Tarp moterų, patyrusių tik VSS, o ne kitų formų smurtą ar stiprius stresorius vaikystėje, depresija vidutiniškai pasireiškė praėjus 9,2 metų nuo VSS pradžios, 62% tiriamųjų išsivystė klinikinė

depresija, o naujų atvejų padaugėjo 12–15 metų amžiaus grupėje (61). Tokie duomenys leidžia manyti, jog VSS veikiau padidina asmenų jautrumą depresijai, o ne tiesiogiai ją sukelia, tad tiesioginių simptomų nebuvimas iškart po VSS neturėtų būti laikomas atsparumu, priešingai, didelis laiko tarpas tarp smurtinių patirčių ir depresijos simptomų atsiradimo yra reikšmingas intervencinis laikotarpis, per kurį prevencinės priemonės potencialiai galėtų sušvelninti ilgalaikes psichiatrines pasekmes (61).

Ne vienas tyrimas rodo tam tikrą tendenciją: VSS, įvykusi iki lytinio brendimo (paprastai iki 12 metų), yra labiau susijusi su depresijos simptomų atsiradimu (61,62). Priešingai, seksualinė prievarta, įvykusi paauglystėje (po 12 metų), stipriau siejama su potrauminio streso simptomais vėlesniame amžiuje.

3.1.2 Potrauminis Streso Sutrikimas

PTSS išsivysto labai skirtingai tarp lyčių, o nukentėjusių moterų rizika yra gerokai didesnė nei vyrų: mergaitėms PTSS išsivystymo rizika yra nuo dviejų iki šešių kartų didesnė (63). Pažymėtina, kad moteriška lytis yra nepriklausomas potrauminio streso sutrikimo išsivystymo rizikos veiksnys, kuris reikšmingai prisideda prie simptomų variacijos net ir kontroliuojant kitus svarbius kintamuosius (63). Tad biologiniai, psichologiniai ir su moteriška socializacija susiję veiksniai, gali lemti didesnį pažeidžiamumą reaguojant į su trauma susijusį stresą. Taip pat vaikams, kurie anksčiau patyrė fizinį ar emocinį smurtą ir vėliau patyrė seksualinį smurtą, būdinga žymiai didesnė potrauminio streso simptomatika, tai galėtų paaiškinti kumuliatyvios traumos modelis, pasak kurio daugybinė viktimizacijos patirtis turi pridėtinį poveikį psichologiniam distresui, tad kiekviena nauja trauma sustiprina ankstesniųjų traumų poveikį (63).

Siekiant ištirti PTSS modelius tarp vaikystėje seksualinę prievartą patyrusių asmenų, buvo nustatytos dvi skirtingos patologijos ilgalaikės trajektorijos (64). Pirmoji trajektorija buvo būdinga 54,9 % tirtųjų, o simptomų lygis buvo žemesnis už PTSS klinikinę ribą, laikui bėgant buvo stebimas ženklus pagerėjimas. Antroji trajektorija apėmė 45,1 % dalyvių, kuriems per visą tyrimo laikotarpį išliko klinikinio lygio simptomai, šie tik minimaliai mažėjo, tad šių asmenų potrauminiai simptomai tapo gana atsparūs pokyčiams, palyginti su subklinikinės grupės tirtųjų. Taip pat buvo nustatyti keli svarbūs rizikos veiksniai, pagal kuriuos buvo galima prognozuoti, jog PTSS trajektorija bus sunkesnės ir atsparesnės eigos (64). Stipriausias prognostinis veiksnys buvo poliviktimizacija – asmenys, kurie vaikystėje patyrė ne tik seksualinį smurtą, bet ir kelių rūšių netinkamą elgesį, turėjo beveik keturis kartus didesnę tikimybę priklausyti didelės simptomatikos grupei (64). VSS ypatybės, susijusios su jėgos elementais arba itin dideliu stresu, įskaitant seksualinį smurtą, kuris buvo patirtas kartu su fiziniu smurtu, VSS lydimą grasinimų, labai skausmingą prievartą, ir VSS, kurios metu auka patyrė stiprų nerimo, bejėgiškumo ar baimės jausmą, taip pat buvo stiprūs prastesnių išiečių

prognostiniai veiksniai (64). Socialinės paramos, tarpasmeninių santykių ir potrauminio streso simptomatikos ryšys buvo labai svarbus, nes asmenys, kuriems buvo būdinga didelė simptomų trajektorija, nurodė turintys menką socialinę paramą iš aplinkinių ir turintys ženkliai daugiau tarpasmeninių santykių problemų, tad mažesnė socialinė parama gali sustiprinti simptomus, o stiprus potrauminis stresas gali pabloginti santykių užmezgimą ir palaikymą (64). Tai leidžia manyti, kad intervencijos, nukreiptos į socialinės kompetencijos stiprinimą, paramos tinklo plėtrą ir tarpasmeninių įgūdžių ugdymą, yra perspektyvūs terapijos būdai, ypač tiems, kuriems pasireiškia nuolatiniai klinikinio lygio simptomai ir socialinio funkcionavimo sutrikimai.

Tyrimai su VSS patyrusiomis moterims nustatė atskirą PTSS pogrupį, kuriam būdingas aukštas disociacijos lygis, pasireiškiantis kartu su hiperjautrumo, tokiais kaip padidėjęs budrumas ir fiziologinis reaktyvumas, reakcijomis (65). Jį galima atskirti pagal specifinę simptomų grupę: padidėjusį budrumą, ateities sutrumpėjimo pojūčius (angl. *sense of foreshortened future*) ir miego sutrikimus. Toks prieštaringas skirtingų polių simptomų pasireiškimas negali būti paaiškinamas vienu mechanizmu. Pirma, disociacija gali atsirasti kaip gynybinė reakcija nuo didžiulio susijaudinimo, tačiau jos gali nepakakti, kad padidėjusi reakcija į stresą būtų pilnai užslopinama. Antra, disociacija gali selektyviai sumažinti sąmoningą nerimo suvokimą, tuo tarpu fiziologinis suaktyvėjimas gali likti nepakitęs, todėl subjektyvus patyrimas ir kūno reakcija gali būti nesusiję. Trečia, pats padidėjęs nerimas gali sukelti disociacijos simptomus dėl specifinių biologinių mechanizmų aktyvacijos (65).

3.1.3 Valgymo sutrikimai

Tyrimais nuolat nustatomos sąsajos tarp vaikystėje patirto seksualinio smurto ir įvairių valgymo sutrikimų, nors šios sąsajos yra sudėtingos, o skirtingų sutrikimų ir VSS ryšys įvairus (66,67).

Moterys, patyrusios VSS, turi gerokai didesnę įvairių psichopatologijų išsivystymo riziką, VSS ir nervinės bulimijos (toliau – NB) ryšys buvo vienas stipriausių tarp visų tirtų patologijų (66). VSS patyrusių moterų rizika susirgti NB buvo priklausoma nuo patirtos traumos pobūdžio: toms, kurios patyrė seksualinę prievartą (t.y. penetruojančio pobūdžio VSS) NB išsivystymo rizika buvo daugiau nei penkis kartus didesnė (5, 38), nei moterų nepatyrusių penetruojančios seksualinės prievartos. Smurto atvejų skaičius taip pat buvo susijęs su NB išsivystymo rizika: moterys, kurios vaikystėje patyrė du ar daugiau seksualinio smurto epizodų, beveik penkis kartus dažniau sirgo bulimija, o ryšys tarp dirbtinio vėmimo sukėlimo elgesio (angl. *purging*) ir VSS buvo itin ryškus (68). Tyrimai pabrėžia, kad NB rizika VSS patyrusioms moterims yra daug didesnė, nei nervinės anoreksijos. Pastarosios ryšys su vaikystėje patirta seksualine prievarta ar smurtu nėra įrodytas (67,68).

Manoma, kad valgymo sutrikimų simptomai gali būti tik viena iš sudėtingos potrauminės reakcijos apraiškų – tokia elgsena dažnai veikia kaip bandymas reguliuoti slegiančias vidines būsenas ir

konfliktus, kurie kitu atveju atrodo nesuvaldomi (67). Mąstymo susiaurėjimas, susijęs su intensyviu dėmesiu maistui, svoriui ir kūno įvaizdžiui, yra mechanizmas, padedantis išvengti susidūrimo su nerimu, depresija ir įkyriomis su trauma susijusiomis mintimis. Persivalgymas, apsivalgymas ir maisto ribojimas gali būti neadaptyvios įveikos priemonės. Manoma, jog dirbtinio išsivėmimo reakcijos BN kontekste gali būti susijusios su simboliniu noru „išsivalyti“, noru tapti „švari“ po patirtos seksualinės traumos, taip pat neatmetama versija, jog bulimija yra disociacinė būseną, kurios metu pačio trauminio įvykio ar įvykių sąmoningas supratimas yra užslopinimas (68).

Persivalgymo sutrikimas, dažnai buvo priskiriamas prie įvairaus pobūdžio vaikystėje patirto smurto galimų padarinių ir nėra specifiškas VSS (69). Yra nustatytas ir neurobiologinis kelias tarp VSS ir persivalgymo simptomų (70). Žmonių, turinčių valgymo sutrikimus ir patyrusių smurtą vaikystėje grelino, apetitą stimuliuojančio hormono, atsakingo už apetito reguliavimą, atsaką į stresą, emocijų reguliavimą ir atlygio sistemos aktyvavimą, koncentracija buvo žymiai aukštesnė, nei kontrolių. Šis ryšys buvo išskirtinai stiprus asmenyse, kurie patyrė VSS, palyginus su kitomis vaikystėje patirtomis traumomis, tad traumos sukelti grelino sistemos pokyčiai gali prisidėti prie valgymo sutrikimų, ypač persivalgymo, palaikymo (70).

3.2 Eksternalizuojantys sutrikimai

VSS taip pat reikšmingai didina eksternalizuojančių sutrikimų išsivystymo riziką. Duomenys rodo, jog tokią traumą patyrusiems asmenims tikimybė susidurti su aktyvumo ir dėmesio sutrikimu (toliau – ADS), elgesio sutrikimais bei priklausomybe nuo psichoaktyviųjų medžiagų yra net 44% didesnė nei bendrojoje populiacijoje (57).

3.2.1 Priklausomybė nuo psichoaktyviųjų medžiagų

Epidemiologiniai duomenys rodo, kad egzistuoja ryšys tarp seksualinės prievartos vaikystėje ir moterų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo sutrikimų (66). Dvynių tyrimai atskleidė, kad VSS yra ženkliai susijęs su didesne priklausomybės nuo alkoholio ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų rizika suaugus. Ypatingai sunkesnės seksualinio smurto formos, ypač seksualinė prievarta, buvo stipriausiai susijusios su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo problemomis. Šis ryšys išlieka net ir kontroliuojant šeimos aplinkos veiksnius ir tėvų psichopatologiją, kuri tik šiek tiek sumažina ryšio stiprumą (66). Šis ryšys tarp VSS patirčių ir vėlesnių psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo sutrikimų yra ne tik koreliacinis, bet greičiausiai atspindi tiesioginį priežastinį ryšį. Manoma, jog toks psichoaktyviųjų medžiagų, tokių kaip alkoholis, vartojimas yra neadaptyvus savigydos būdas (71). VSS patyrę asmenys taip pat dažniau vartoja marihuaną ir kitas neteisėtas medžiagas, tokias kaip kokainą, heroiną

ir haliucinogenus. Jie yra linkę ne pagal sveikatos priežiūros specialistų nurodymus vartoti receptinius vaistus, tokius kaip įvairūs anksiolitikai ir opioidiniai nuskausminamieji (71).

Moterys dažniau praneša apie seksualinę prievartą, o vyrai dažniau vartoja psichoaktyvias medžiagas, tačiau abiejų šių reiškinių ryšys tarp lyčių nėra vienareikšmiškas (71). Ilgai buvo manyta, kad vaikystėje patirtos seksualinės traumos daro didesnę įtaką moterų piktnaudžiavimui psichoaktyviosiomis medžiagomis, nei vyrų, tačiau nauji duomenys rodo, jog atsižvelgus į atitinkamus socialinius ir demografinius veiksnius bei psichikos sveikatos rodiklius tiriamųjų grupėse, skirtumai lyties atžvilgiu iš esmės tampa nereikšmingi (71).

Šio pobūdžio problemos dažnai prasideda nuo ankstyvo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paauglystėje (72). Šis kritinis raidos laikotarpis atrodo ypač jautrus VSS poveikiui – tyrimai rodo, kad traumuoti jaunuoliai pradeda vartoti psichoaktyvias medžiagas jaunesniame amžiuje nei jų bendraamžiai, kurie nėra patyrę seksualinio smurto (72). Šių ankstyvųjų modelių supratimas leidžia suprasti, kaip VSS sukelia vėlesnės priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų riziką.

Ryšys tarp seksualinės prievartos vaikystėje ir alkoholio vartojimo pradžios labai mažų vaikų atveju yra itin akivaizdus – vaikai, patyrę VSS, 4,59 karto dažniau pradėdavo vartoti alkoholį iki 10 metų, nei jų bendraamžiai, neturintys tokios patirties (72). Ši padidėjusi rizika gerokai sumažėjo vaikams augant: 10–14 metų amžiaus grupėje rizika pradėti vartoti alkoholį buvo 76 %, o 15–19 metų amžiaus grupėje – tik 15%. Cigarečių rūkymo po VSS patirčių tendencijos gana ženkliai skiriasi nuo alkoholio vartojimo: didžiausia rizika išlieka vaikams nuo 4 iki 9 metų amžiaus, šie turi apie 2,61 karto didesnę tikimybę pradėti rūkyti, o padidėjusi rizika išlieka daug ilgiau ir kitoms amžiaus grupėms (72). Vaikams, patyrusiems VSS, rizika pradėti vartoti kanapes ankstyvajame 5–13 metų amžiuje yra 3,56 karto didesnė. Ši padidėjusi rizika, nors ir ne tokia dramatiška kaip labai ankstyvo alkoholio vartojimo atveju, išliko didelė iki vidurinėsios paauglystės, o 14–17 metų amžiaus grupėje rizika vis dar reikšmingai padidėjo iki 80%. Reikšmingas poveikis išliko ir vėlyvoje paauglystėje bei ankstyvaisiais suaugusiųjų brandos etapais (18–21 m.) (72).

Tiriant moteris su VSS patirtimi, buvo nustatyta, kad jos savo gyvenimo eigoje beveik 1,5 karto dažniau vartoja alkoholį, palyginti su moterimis, nepatyrusiomis VSS (73). Taip pat joms vaikystės seksualinio smurto patirtis padvigubino priklausomybės nuo alkoholio išsivystymo riziką. Įdomu tai, jog moterims, pradėjusioms gerti anksti, t.y. iki 15 metų amžiaus, priklausomybės nuo alkoholio išsivystymo rizika išaugo daug vėliau, nei toms, pradėjusioms jį vartoti vėlyvoje paauglystėje (73).

VSS patyrusių asmenų tarpe rizika turėti priklausomybę nuo nikotino ar patirti abstinencijos sindromą ženkliai išauga iki 21 metų amžiaus, o patiriamo smurto sunkumas susijęs su didesne rizika (74). Šis ryšys tarp VSS ir nikotino vartojimo išliko tvirtas ir koreguojant dėl galimų medijuojančių veiksnių,

tokių kaip socialinė ir ekonominė padėtis, motinos psichikos sveikata, vaiko turėtos elgesio problemos. Jauniems suaugusiesiems, kurie praeityje patyrė nepenetracinį seksualinį smurtą, tikimybė susirgti nikotininio sutrikimu (angl. *nicotine disorder*) buvo daugiau nei du kartus didesnė, palyginti su jų bendraamžiais, ši rizika tik dar labiau išaugo tiems, kurie patyrė seksualinę prievartą, jų atveju ji beveik trigubai didesnė (74). Panašus ryšys nustatytas tarp piktnaudžiavimo kanapėmis ir priklausomybės nuo jų ir jaunų suaugusiųjų, patyrusių VSS. Įdomu tai, kad kito pobūdžio smurtas, toks kaip fizinis, neparodė jokio reikšmingo ryšio su kanapių vartojimu (75).

Asmenys, patyrę VSS, gerokai dažniau vartoja ir kitas psichoaktyvias medžiagas, įskaitant opioidus, anksiolitikus, įvairius stimuliantus ir kokainą (76). Be vartojimo, jiems taip pat išlieka didesnė piktnaudžiavimo ar priklausomybės išsivystymo rizika gyvenimo eigoje, ypač priklausomybės nuo opioidų ir raminamųjų vaistų. VSS taip pat koreliuoja su PAM vartojimu ankstyvesniame amžiuje, kuris pats savaime yra rimtų pasekmių rizikos veiksnys. Kai VSS pasireiškia kartu su ankstyvuojančiu kažkurios PAM vartojimu, rizika, kad bus pradėta vartoti daugiau medžiagų ir atsirastų sutrikimų, yra gerokai didesnė, o šie rizikos veiksniai sumuojasi (76). Tokių tendencijų kulminacija yra intraveninis PAM vartojimas. Statistika rodo, jog virš 30% intraveninių PAM vartotojų yra vaikystėje patyrę vidutinį arba sunkų seksualinio pobūdžio smurtą, ženkliai didesnė dalis, nei bendrojoje populiacijoje (77).

3.2.2 Aktyvumo ir dėmesio sutrikimas

Ne vienas per pastaruosius porą dešimtmečių atliktų tyrimų nustatė reikšmingą ryšį tarp vaikystėje patirto seksualinio smurto ir aktyvumo ir dėmesio sutrikimo ar jo simptomų (78). Tai, kiek ADS yra specifiška seksualinio pobūdžio, o ne kitoms smurto formoms, vis dar kelia nemažai klausimų. Buvo nustatyta, jog VSS patyrusių suaugusių asmenų rizika ADS simptomų pasireiškimui yra maždaug dvigubai didesnė nei tų, kurie nepatyrė VSS. Šis ryšys, nors ir statistiškai reikšmingas, buvo ne toks žymus, kaip emocinio smurto ar kelių rūšių smurto, sąsaja su ADS (79).

Emocinis aplaidumas (angl. *emotional neglect*), fizinė nepriežiūra ir patyčios buvo panašiai arba šiek tiek stipriau susijusios su ADS simptomais nei seksualinio smurto patirtys, tad nors VSS yra rimtas rizikos veiksnys, daugybė vaikystėje patirtų trauminių patirčių labai prisideda prie ADS pasireiškimo rizikos augimo (80).

Pačio ryšio tarp VSS ir ADS pasireiškimo kryptingumas taip pat nėra iki galo suprastas. Dalis tyrimų nagrinėja ADS kaip VSS pasekmę – ADS požymių atsiradimą galėtų paaiškinti trauminių patirčių streso sukelti funkciniai ar neurologiniai smegenų pokyčiai. Kiti tyrimai tiria ADS kaip rizikos veiksnį vaikystėje patirti seksualinį smurtą (79). Manoma, jog vaikai turintys ADS dėl savo netipinio elgesio gali atrodyti pažeidžiami, tokiu būdu tapti „lengvu grobiu“. Nustatytas ir genetinės ADS

rizikos ir VSS tarpusavio ryšys, kuris buvo stipriausias tarp visų nagrinėtų psichikos sutrikimų (81). Manoma, jog ADS genetinį polinkį turintys vaikai gali pasižymėti elgesiu, tokiu kaip impulsyvumas, neatidumas, kartais opozicinis elgesys, kuris prisideda prie neigiamos tėvų reakcijos ir potencialiai didina seksualinio smurto riziką. Kita vertus dvynių tyrimai parodė išliekanti stiprų ryšį tarp VSS ir ADS pasireiškimo tirtose monozygotinių dvynių grupėse, kas leidžia manyti, kad tarp seksualinio smurto ir šio sutrikimo vis tik yra tiesioginis priežastinis ryšys, nepaaiškinamas vien genetiniu polinkiu ir šeiminės aplinkos poveikiu (82).

Verta atkreipti dėmesį į tai, jog dalies ADS ir PTSS simptomų profiliai sutampa arba gali būti sunkiai tarpusavyje atskiriami, tad neišsamiai įvertinus klinikinę situaciją galimas neteisingos diagnozės parinkimas (83). VSS patyrusiems vaikams gali būti būdingas padidėjęs budrumas, dėmesio koncentracijos sunkumai ir emocinės reguliacijos sutrikimai, kurie labai panašūs į ADS būdingą neatidumą, hiperaktyvumą ir impulsyvumą. Su trauma susijusi disociacija gali pasireikšti kaip neatidumas, kurio metu vaikai atrodo tiesiog išsiblaškę, o išties patiria disociacijos epizodus, kuriuos sukelia traumos priminimai (83).

3.2.3 Ribinis asmenybės sutrikimas

Ne vienas tyrimas atskleidė reikšmingą ryšį tarp RAS ir vaikystėje patiriamų traumų, tačiau šis ryšys tampa itin stiprus tam tikrais seksualinio smurto atvejais. Pacientai, kuriems nustatyta RAS, žymiai dažniau nurodo patyrę VSS (56,3%), nei tirtos sveikos kontrolinės grupės (3,9%) (84). RAS pacientams būdingos sunkesnės VSS formos, jie ženkliai dažniau pranešė patyrę incestą, seksualinę prievartą, dažniau patyrė kelių asmenų smurtą, jų patiriamo VSS epizodai buvo rečiau linkę būti vienkartiniais, dažniau pasikartojantys (84,85). Stipriausi prognostiniai veiksniai RAS atsiradimui buvo lytinių organų lietimasis, penetracija, fizinis smurtas ir nepriežiūra. Lyginant RAS pacientus su kitų sutrikimų turinčiais, tokių kaip klinikinė depresija, vengiantis, obsesinis – kompulsinis ar šizotipinis asmenybės sutrikimas, randama svarių įrodymų, jog tarp RAS ir VSS yra specifinis ryšys, kurio nėra tarp VSS ir kitų asmenybės sutrikimų (86). VSS patyrusiųjų grupėje su RAS diagnoze taip pat buvo pastebėtas žymus PTSS komorbidiškumas. Tiriant paauglius ir suaugusiuosius, kuriems nustatytas RAS, suaugusiųjų grupės pacientai žymiai dažniau pranešė patyrę VSS, tačiau abi grupės nesiskyrė savo simptomų sunkumu, tai leidžia manyti, kad šios psichopatologijos vystymesi veikia lygiagretumo modelis (angl. *equifinality framework*) – skirtingi traumos keliai veda prie panašių rezultatų (85). Taip pat buvo nustatyta, jog didžioji dauguma RAS pacientų patyrusių VSS jį patyrė latentiniu vaikystės periodu, tarp 7 ir 12 metų (87). VSS patyrusiems buvo itin būdingi konkretūs RAS simptomai, tokie kaip tapatybės sutrikimai, pasikartojantis savižudiškas ar savižalos elgesys ir su stresu susiję paranoidiniai ar disociaciniai simptomai, kai tuo tarpu RAS diagnozę turintiems žmonėms be VSS patirčių buvo žymiai labiau būdingas tarpasmeninių santykių nestabilumas (87).

Paauglės, kurioms buvo nustatytas RAS, kurių simptomai neišnyko per ketverius metus po pirmųjų simptomų pasireiškimo, buvo žymiai dažniau linkusios pranešti apie patirtą VSS, tad VSS gali būti susijęs su ilgalaikė ir gydymui atsparesnė sutrikimo eiga tam tikrose pacientų grupėse (88). Kita vertus, keletas tyrimų paneigia VSS specifiškumą RAS atsiradimui. Dalyje tyrimų, kuriuose buvo kaip veiksniai kontroliuojamos ir kitos smurto formos, tokios kaip fizinis ar emocinis smurtas, tik emocinis smurtas parodė stiprų nepriklausomą ryšį su RAS (89). VSS patyrę asmenys dažniau nurodo, jog buvo augę daug chaotiškesnėse šeimose, kuriose patyrė emocinį smurtą ir atskirtį nuo savo globėjų, buvo kitų žmonių trauminių patirčių liudininkai (84). Tokio pobūdžio patirtys gali turėti didesnę poveikį asmenybės vystymuisi, nei vien VSS, nes tiesiogiai veikia besivystantį savęs suvokimą ir emocinio reguliavimo gebėjimus.

3.3 Suicidiškumas ir savižala

Savižudiškumas ir savižala yra reiškiniai, egzistuojantys savižudybės elgesio spektre, juos skiria savižudiškų ketinimų buvimas arba nebuvimas. Savižudybė apima įvairias elgsenos ir pažinimo formas, pradedant savižudybės idėjomis (mintimis apie savižudybę) ir baigiant savižudybės planavimu, bandymais nusižudyti ir baigta savižudybe (90). Tuo tarpu savęs žalojimas be savižudybės intencijos (angl. Non-suicidal self-injury, toliau – SŽBSI) reiškia sąmoningą, tiesioginį savo kūno audinių žalojimą be ketinimų nusižudyti (91). Dažniausiai pasitaikančios SŽBSI formos yra pjaustymasis, deginimasis, draskymasis ir smūgių sau sudavimas. Nors SŽBSI skiriasi nuo savižudiško elgesio ketinimų prasme, vis dėlto SŽBSI yra reikšmingas būsimų bandymų nusižudyti rizikos veiksnys, ypač tas SŽBSI elgesys, pasižymintis tam tikromis savybėmis, tokiomis kaip ilgesnė nei vienerių metų savižalos trukmė, skirtingų metodų pasirinkimas, pjaustymasis, didelis dažnumas, fizinio skausmo nejautimas veiksmo metu, didelė fizinė žala ir pastangos kuo geriau elgesį užslėpti (91).

Remiantis 19 tyrimų metaanalize, asmenų, patyrusių VSS, bandymų nusižudyti tikimybė yra maždaug 4 kartus didesnė nei tų, be vaikystės seksualinio smurto patirčių (92). Taip pat tokie asmenys yra apie du kartus labiau linkę kentėti nuo minčių apie savižudybę (93). Tiriant vaikus ir paauglius nustatyta, jog nors VSS didina savižudybės riziką tiek mergaitėms, tiek berniukams, tačiau VSS ir bandymų nusižudyti ryšys augimo laikotarpiu yra gerokai stipresnis berniukams nei mergaitėms (94). Ryškus lyčių skirtumas būdingas tik bandymams nusižudyti, nagrinėjant SŽBSI elgesį reikšmingų lyčių skirtumų nebuvo pastebėta. Toks padidėjęs rizikos skirtumas suaugusiųjų amžiuje, atrodo, sumažėja, o suaugusiųjų populiacijoje tyrimai rodo, kad vyrų ir moterų, patyrusių VSS, bandymų nusižudyti dažnis yra panašus (94).

Paauglių patyrusių VSS tyrimai parodė ypatingą ryšį tarp seksualinio smurto patirčių ir SŽBSI (95) (74). Seksualinis smurtas buvo susijęs tiek su savęs žalojimo elgesiu, tiek su jo dažnumu, tuo tarpu

vaikystėje patirtas fizinis ir emocinis smurtas neturėjo reikšmingo ryšio su SŽBSI. Buvo nustatyta, jog seksualinę traumą ir savęs žalojimą sieja dvi skirtingos PTSS simptomų grupės: pakartotinio traumos išgyvenimo simptomai (pvz., prisiminimai ir įkyrios mintys, angl. *flashbacks*) ir vengimo ir (arba) slopinimo simptomai (įskaitant siekį emociškai atsiriboti ir vengimas prisiminti traumuojančius įvykius) (95).

Atrodo, kad seksualinę prievartą vaikystėje patyrusiems asmenims savęs žalojimas be savižudybės intencijos atlieka svarbią emocinio reguliavimo funkciją (95). Manoma, kad SŽBSI yra susijęs su dviem skirtingomis emocinės disreguliacijos apraiškomis, kurios paprastai pasireiškia po traumos. Pirma, paaugliai gali pradėti savo žaloti, desperatiškai bandydami pabėgti nuo didžiulės kančios, kurią sukelia pakartotinio išgyvenimo simptomai, tokie kaip įkyrūs prisiminimai, galvojimas apie praeities įvykius ir fiziologinis reaktyvumas į traumos priminimus. Šie įkyrūs išgyvenimai sukelia ūmų emocinį distresą, kurį SŽBSI laikinai nutraukia arba sumažina. Antra, SŽBSI gali būti priemonė jausmams sukelti, kai yra patiriamas emocinis nejautrumas, kuris dažnai lydi traumą (95). Tuomet savižala sukelia intensyviuos fiziologinius pojūčius, kurie pralaužia „apmirusią“ ar užslopintą emocinę būseną ir ribotą afektų spektrą. Ši dviguba funkcija padeda paaiškinti, kodėl SŽBSI ypač paplitę tarp seksualinę prievartą patyrusių asmenų, patiriančių potrauminio streso simptomus, nes tai yra neadaptivi, bet laikinai veiksminga strategija, padedanti valdyti traumos reakcijai būdingą svyravimą tarp užplūstančių emocijų ir emocinės tuštumos (95).

3.4 Seksualinis funkcionavimas, kūno įvaizdis ir savęs suvokimas

VSS formuoja tai, kaip jį išgyvenusieji suvokia ir patiria savo kūną ir seksualumą suaugę. Fizinį ir psichologinių ribų pažeidimas gali iš esmės pakeisti žmogaus santykį su savo kūnu ir sukelti sudėtingų seksualinio funkcionavimo ir intymių santykių problemų. Be gerai užfiksuotų psichiatrinių pasekmių, tokių kaip padidėjusi internalizuojančių, eksternalizuojančių, mąstymo sutrikimų ir suicidiškumo rizikos išaugimo, VSS išgyvenusieji gali susidurti su iškreiptu savo kūno suvokimu, seksualinės funkcijos sutrikimais, disociacija intymumo metu ir sunkiais seksualiniais sutrikimais, net jei fiziologinis jų kūno funkcionavimas neparodo akivaizdžios patologijos, tačiau ryšys tarp VSS ir seksualinės funkcijos pokyčių yra sudėtingesnis, nei manyta anksčiau (57,92,96,97).

Viename daugiadiscipliniame sveikatos ir vystymosi tyrime, kurio dalyviai buvo stebimi nuo gimimo iki 45 metų amžiaus, vyresnio amžiaus grupėje nebuvo nustatyta jokio reikšmingo ryšio tarp VSS ir seksualinių sunkumų ar rizikingo seksualinio elgesio suaugus, nors rizika susirgti lytiškai plintančiomis ligomis VSS patyrusiems asmenims buvo 35% didesnė (57). Ankstesni su ta pačia grupe atlikti tyrimai parodė didesnius su VSS susijusius seksualinės sveikatos skirtumus ankstyvojoje pilnametystėje (18–21 m.), tai leidžia manyti, kad atipinis seksualinis elgesys gali būti ryškesnis jaunystėje, o ne išlikti vidutiniame amžiuje (57).

VSS patyrusių asmenų išeitys lyties atžvilgiu yra itin ryškios seksualinės disfunkcijos ir kūno potyrių kontekste. Moterys, patyrusios seksualinę prievartą vaikystėje, gali turėti įvairių seksualinių problemų. Tarp tirtų moterų, patyrusių šeimos nario seksualinę prievartą ar kitokio pobūdžio seksualinį smurtą, ir kurios kreipėsi dėl psichoterapinio gydymo, tik 82% buvo seksualiai aktyvios (96). Dauguma seksualiai aktyvių moterų išreiškė nepasitenkinimą savo lytiniu gyvenimu ir savo kūnu, turėjo mažą lytinį potraukį ir atžymėjo turinčios seksualinių sutrikimų. 73% jų turėjo bent vieną seksualinį sutrikimą, tarp jų dažniausiai minimi dispareunija, neorganinis vaginizmas, orgazmo sutrikimai, kuriuos atžymėjo beveik pusė visų tirtų moterų. Nustatyta reikšmingų sąsajų tarp seksualinių problemų ir fizinio smurto vaikystėje, dabartinio psichologinio distreso, nemalonių atsiminimų seksualinės veiklos metu ir diskomforto, susijusio su fiziniais partnerio prisilietimais (96). Tos moterys, kurioms vaikystėje trūko suaugusiųjų paramos, dažniau kentėjo nuo seksualinio skausmo sutrikimų, tokių kaip vaginizmas ir dispareunija, o tiek suaugusiųjų paramos nebuvimas, tiek vaikystės metu patiriamas fizinis smurtas buvo pagrindiniai vėlesnių seksualinių sutrikimų prognostiniai veiksniai (96).

Dalies tyrimų duomenys rodo, jog VSS ne taip stipriai sutrikdo suaugusių vyrų seksualinį funkcionavimą (98). Tarp vyrų, kurie kreipėsi dėl seksualinės disfunkcijos gydymo, apie 8% buvo patyrę VSS (98). Lyginant seksualinės disfunkcijos sutrikimų patiriančius vyrus, kurie patyrė seksualinį smurtą vaikystėje, su tais, kurie jo nepatyrė, tarp šių grupių nebuvo nustatyta jokių reikšmingų skirtumų. Manoma, jog tokie rezultatai gali būti susiję su pačio VSS aplinkybėmis, tiriamieji dažniau patyrė vienkartinę VSS patirtį su bendraamžiais, tokios patirtys gali būti suvokiamos kaip mažiau traumuojančios, galbūt primenančios vaikystės seksualinius eksperimentus, tad gali nesutrikdyti suaugusiųjų seksualinio funkcionavimo taip, kaip tai padaro daugkartinė patirtis su suaugusiu smurtautoju (98).

Tuo tarpu 65% įvairaus amžiaus suaugusių vyrų, kurie ieškojo gydymo dėl VSS ir kurių patirtys buvo vertinamos pagal traumos simptomų aprašą, išreiškė patiriantys įvairių seksualinių problemų, tokių kaip neigiamos mintys ir jausmai sekso metu, seksualinis nepasitenkinimas, kaltės ir gėdos jausmai seksualinių veiklų metu, lytinės sueities baimė, prisilietimų ir seksualinio susijaudinimo problemos (97). 50% tirtų vyrų buvo nustatyta kliniškai reikšmingai didesnis disociacijos simptomų skaičius, kuris per disociacijos sukiamą asmenybės vientisumo suvokimo susilpnėjimą, daro neigiamą poveikį vyrų seksualinei funkcijai ir su lytiškumu susijusiems išgyvenimams (97).

Tyrimai, nagrinėję disociacijos ir moterų seksualinės funkcijos vaidmenį atskleidė sudėtingesnę šių reiškinių santykį (99). Tarp moterų, nepatyrusių VSS, aukštesnis depersonalizacijos lygis lytinių santykių metu buvo susijęs su mažesniu seksualiniu susijaudinimu, tačiau didesnė derealizacija lytinių santykių metu, moterų grupėse su ir be VSS patirčių, buvo susijusi su geresniu seksualiniu

susijaudinimu, tai rodo, kad tam tikri disociaciniai išgyvenimai gali būti paradoksaliai susiję su geresnėmis išeitimis seksualumo kontekste. Moterims, kurios patyrė VSS, depersonalizacija neturėjo reikšmingos įtakos seksualiniam susijaudinimui (99).

Tiriant mišrias grupes tyrėjai nagrinėjo, kaip su VSS susiję seksualiniai simptomai, tokie kaip disociacija sekso metu, įkyrios mintys, gėda ir (arba) kaltė, padidėjęs budrumas, tarpasmeninių santykių problemos ir polinkis teikti pirmenybę kitų seksualiniam pasitenkinimui buvo susijęs su seksualine disfunkcija, kompulsiniu seksualinio elgesio sutrikimu (toliau – KSES) ir probleminiu pornografijos naudojimu (100). Didesnė disociacija lytinių santykių metu buvo susijusi ir su padidėjusia seksualine disfunkcija, ir su didesniu KSES dažniu. KSES taip pat buvo susijęs su įkyriomis mintimis ir pataikavimu žmonėms lytinių santykių metu (100).

Taip skirtingai ir net prieštaringai įvairių tyrimų vertinamas disociacijos vaidmuo gali būti paaiškinamas metodologiniais skirtumais tiriant galimus tarpininkavimo veiksnus. Vieno tyrimo pirminiai duomenys rodė, jog disociacija seksualinės veiklos metu visiškai tarpininkauja ryšiui tarp seksualinės prievartos vaikystėje ir seksualinės disfunkcijos, kai ši buvo nagrinėjama atskirai (101). Tačiau į modelį įtraukus seksualinę gėdą, disociacija prarado savo prognostinę vertę, o seksualinė gėda tapo dominuojančiu tarpininku (mediatoriumi). Tad tyrimuose, kuriuose disociacija buvo vertinama kaip nereikšminga, galėjo būti užfiksuotas neišmatuotos seksualinės gėdos ar kito galimo tarpininkaujančio veiksnio poveikis, o tyrimuose, kuriuose disociacija buvo vertinama kaip reikšminga, seksualinė gėda ar kiti dominuojantys veiksniai galėjo būti neįvertinti kaip galimi tarpininkai.

Tiriant VSS nepatyrusias moteris, yra nustatyta stipri sąsaja tarp seksualinio funkcionavimo (seksualinio potraukio, susijaudinimo, lubrikacijos, orgazmo ir skausmo) ir patiriamo seksualinio distreso: jei jos jaučia tinkamą savo seksualinės funkcijos veiklą, distreso jaučia mažiau arba nejaučia išvis (102). Toks ryšys yra daug silpnesnis arba neegzistuoja tirtose moteryse, su VSS istorija, ši grupė patyrė didesnę seksualinį distresą net ir tada, kai teigė, kad jų seksualinis funkcionavimas buvo geras. Patirto VSS rūšis (penetruojančio pobūdžio prievarta ar ne) neturėjo reikšmingos įtakos seksualinio funkcionavimo ir distreso santykiui (102). Silpniausias ryšys tarp seksualinio funkcionavimo ir distreso buvo grupėje moterų, prieš kurias seksualiai vaikystėje smurtavo šeimos narys, tad net jei jos lengvai susijaudino fiziškai ir patiria orgazmą, jų požiūris ir savijauta sekso atžvilgiu dažniau išlieka neigiamas arba yra siejamas su neigiamais vaikystės patirčių atsiminimais (102).

Tiriant moteris su VSS patirtimi, kurioms buvo nustatytas ribinis asmenybės sutrikimas ir lyginant jas su sveika kontroline grupe, buvo nagrinėtas jų savo kūno suvokimas ir ieškota skirtumų, kokias asociacijas joms kelia neutralios jų kūno dalys (pvz.: rankos, kojos) ir kūno dalys, asocijuojamos su

seksualumu (genitalijos, krūtys, sėdmenys) (103). Tiriamosios, kurios tyrimo metu atitiko DSM-V ribinio asmenybės sutrikimo kriterijus neigiamai vertino savo kūną, tiek neutralias, tiek su seksualumu siejamas kūno dalis, sveikos kontrolinės grupės moterys priešingai, pozityviai vertino abi tirtas kūno dalių grupes. Kaip ir sveikos kontrolinės grupės, moterys, kurios 24 mėnesius prieš tyrimo atlikimą neatitiko daugiau nei trijų RAS kriterijų ir buvo laikomos esančiomis remisijoje (toliau - rRAS), reikšmingai teigiamai vertino neutralias savo kūno dalis, tokias kaip rankos, kojos ir veidas, ir tarp šių grupių nebuvo statistiškai reikšmingo skirtumo. Kita vertus, rRAS grupėje buvo nustatytas išlikęs neigiamas požiūris į savo kūno dalis, siejamas su seksualumu. (103) VSS buvo reikšmingas šio selektyvaus neigiamo kūno vertinimo veiksnys moterims, esančioms RAS remisijoje, bet ne toms, kurioms šiuo metu pasireiškę simptomai. Tyrimo metu taip pat buvo nustatyta, jog didesnis seksualinio smurto lygis vaikystėje tiesiogiai koreliavo su neigiamu su seksualumu asocijuojamų kūno sričių vertinimu, o su neutraliomis kūno sritimis reikšmingo ryšio neturėjo, tad VSS poveikis kūno įvaizdžiui išlieka net ir kliniškai pasveikus nuo RAS (103).

3.5 Miego sutrikimai

Miego sutrikimai yra itin dažnai patiriama seksualinio smurto pasekmė, tiriant patyrusius seksualinį smurtą nustatoma nuo 20% iki 100% tiriamųjų (104). Tarp suaugusiųjų, patyrusių VSS, 72,2% tiriamojo laikotarpio metu turėjo sunkių ar vidutinių nemigos simptomų (105). Be nemigos su seksualiniu smurtu yra susiję dar keli specifiniai miego sutrikimai, tokie kaip sapnai, susiję su stresoriais, miego paralyžius, prabudinėjimai nakties metu ir neramus miegas (104). Yra duomenų leidžiančių manyti, jog vaikystėje patirtas smurtas labiau paveikia miego kokybę, o ne jo trukmę. Tai tipiškai pasireiškia košmarais, jaučiamu temperatūros diskomfortu ir naktiniais skausmais (106).

Nustatyta, jog VSS žymiai padidina nemigos simptomų riziką nepriklausomai nuo lyties, tad nors moterys įprastai patiria daugiau nemigos simptomų, neigiamas VSS patirčių poveikis miego funkcijoms veikia panašiais mechanizmais ir sukelia panašų santykinį miego funkcijos sutrikimą 842 abejoms lytims (107). VSS reikšmingai prognozavo nemigos simptomus suaugusiuose praėjus maždaug 25 – 30 metų po seksualinio smurto epizodų – seksualinį smurtą vaikystėje patyrę asmenys turėjo 1,67 didesnę riziką patirti sunkesnius nemigos simptomus, tad VSS gali daryti poveikį dešimtmečius. Taip pat buvo nustatyta, kad seksualinio smurto pobūdis (penetruojantis ar ne) neturėjo reikšmingos įtakos nemigos simptomų sunkumui, ir nors pirminiai duomenys parodė ryšį tarp nemigos ir daugiau nei vieno išnaudotojo, grasinimų fiziniu smurtu ar baimės jį patirti seksualinio smurto metu ir moteriškos lyties smurtautojo, kai šie veiksniai buvo analizuojami kartu daugiaveiksmiame modelyje, nei vienas jų neliko statistiškai reikšmingas – VSS ir miego sutrikimų ryšį veikia sudėtingi ir ne iki galo dar suprantami mechanizmai, kuriems tarpininkauja įvairūs veiksniai (107).

Seksualinės traumos poveikis miegui gali būti susijęs su tuo, jog daugelis seksualinio smurto atveju įvyksta aplinkoje, kuri įprastai siejama su poilsiu ir pažeidžiamumu. Asmenims, kurie patyrė VSS gali būti išlikusios neigiamos asociacijos, siejančios miego aplinką, lovą ar nakties metą su grėsmės ar pavojaus jausmais, o šie gali privesti prie miego sutrikimų (104,106).

PASTEBĖJIMAI

Vaikystėje patirtos seksualinės prievartos ilgalaikių pasekmių tyrimų srityje susiduriama su nemažais metodologiniais iššūkiais, kurie gali reikšmingai paveikti tyrimų rezultatus ir jų interpretavimą. Dauguma šios srities tyrimų yra retrospektyviniai, kuriuose informacija apie praeities patirtis dėl etinių priežasčių renkama suaugus, tai kelia rimtų klausimų dėl atsiminimų tikslumo. Taip pat svarbų vaidmenį atlieka nuotaikos atitinkančio atsiminimo šališkumas (angl. *Mood Congruent Memory Bias*), reiškiny, kuomet žmonės geriausiai atsimena informaciją ir prisiminimus, kurie labiausiai atitinka jų dabartinę nuotaiką, kas yra itin aktualu tiriant VSS ir psichiatrinių sutrikimų ryšį (59). Koreguojant dėl šio šališkumo, VSS poveikio depresijos simptomams įvertis reikšmingai sumažėjo.

VSS tyrimai pasižymi skirtingais seksualinio smurto apibrėžimais, nėra universaliai naudojamo tiriamų smurto formų grupavimo. Dalis jų yra gana siauros aprėpties ir nagrinėja tik specifinius penetruojančius aktus ir galimą jų poveikį, kiti – nagrinėja reiškinį plačiaja prasme, ne visuomet išsklaidydami smurto tipą ar dažnį į atskirus kintamuosius. Didžioji dalis tyrimų vis dar tiria tik moterų populiacijas. Tai apsunkina rezultatų palyginamumą ir gali lemti nevienodas išvadas apie paplitimą ar traumos poveikio intensyvumą. Kita aplinkybė, apsunkinanti VSS poveikio vertinimą yra kontrolinių kintamųjų įtraukimas į tyrimo planą. Dalis tyrimų įtraukia daugybę įvairių veiksnių, galinčių turėti įtakos psichiatrinių simptomų pasireiškimui, tačiau nėra sutarimo, kokius kontrolinius kintamuosius verta įtraukti, o ir dalis reikšmingai medijuojančių kintamųjų, tikėtina, dar nėra žinomi ir ištirti. Tai yra itin svarbu VSS tyrimuose, nes seksualinio pobūdžio smurtas retai yra izoliuotas reiškinys, jį dažniausiai lydi kitos smurto formos, emocinio vaikų gyvenimo aplaidumas, fizinis jų poreikių netenkinimas, konfliktai šeimoje. T. y. veiksniai, kurie patys gali padidinti psichopatologijų išsivystymo riziką. Longitudiniuose tyrimuose, kontroliuojant papildomas vaikystės nelaimės ir traumas, specifinis VSS poveikis kartais tampa statistiškai nereikšmingas. Galiausiai, klinikiniams tyrimams yra būdingas atrankos šališkumas, juose dažniau dalyvauja asmenys, kuriems VSS sukėlė rimtesnes pasekmes – tai gali sąlygoti ilgalaikių pasekmių sunkumo pervertinimą bendrojoje populiacijoje.

IŠVADOS, PASIŪLYMAI IR ATEITIES PERSPEKTYVOS

Vaikų seksualinė prievarta yra plačiai paplitęs reiškinys ir svarbus visuomenės sveikatos iššūkis, galintis sukelti žymias ir įvairias ilgalaikes pasekmes, pasireiškiančias neurobiologiniame, psichiatriniame ir socialiniame lygmenyse. Tarp internalizuojančių sutrikimų, vaikystėje patirtas seksualinis smurtas stipriausią ryšį parodė su depresija, potrauminiu streso sutrikimu ir nervine bulimija, kurie gali išsivystyti praėjus ilgam laikui po traumos. Eksternalizuojančių sutrikimų grupėje dominuoja priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų, aktyvumo ir dėmesio sutrikimas, ribinis asmenybės sutrikimas. VSS taip pat ženkliai didina savižudiško elgesio ir savižalos be suicidinių ketinimų riziką, gali sukelti įvairių formų seksualinę disfunkciją. Traumos pobūdis, dažnis, amžius, kuriame ji patirta, genetiniai ir aplinkos veiksniai reikšmingai moduliuoja ilgalaikes VSS pasekmes, todėl yra svarbi individualizuota prevencija ir gydymo strategijos, atsižvelgiančios į šiuos veiksnius ir traumai jautriuosius periodus. Klinikiniams specialistams rekomenduojama įtraukti klausimus dėl vaikystės traumų, ypač seksualinės prievartos, į standartinį psichiatrinį ištyrimą, ypatingą dėmesį skiriant pacientams su depresija, PTSS, bulimija, ADS, RAS, priklausomybėmis nuo psichoaktyvių medžiagų ir tiems, kuriems būdingas savižudiškas ar savižalos elgesys, miego sutrikimai ar seksualinės disfunkcijos. Būtinai ilgalaikis stebėjimas ir pagalba net tiems VSS patyrusiems asmenims, kurie pradžioje nerodo simptomų, atsižvelgiant į ilgą latentinį periodą tarp traumos ir psichopatologijos atsiradimo.

Ateities intervencijų srityje būtinas kompleksinis požiūris, integruojantis gydymo, atsparumo traumai skatinimo ir prevencijos strategijas. Įrodymais pagrįsta traumos informuota priežiūra turėtų tapti standartu visiems sveikatos priežiūros specialistams, ne tik psichiatrams, psichologams ar psichoterapeutams, nes VSS pasekmės gali pasireikšti per platų biologinį, psichologinį ar socialinį spektrą. Svarbu individualizuoti gydymo metodus atsižvelgiant į asmens lytį, traumos pobūdį, dažnį ir amžių, kurio metu ji buvo patirta. Šiame kontekste ypač svarbus yra atsparumo mechanizmų tyrimų plėtojimas, siekiant suprasti, kodėl tik daliai VSS patyrusių asmenų išsivysto psichopatologija. Identifikuojant įvairius apsauginius veiksnius – genetinius, neurobiologinius, psichologinius ir socialinius, būtų galima sukurti tikslingesnes intervencijas ir parinkti tinkamą jų strategiją atitinkamu brandos laikotarpiu ar jau suaugus. Ankstyvos intervencijos, pritaikytos specifiniams amžiaus tarpsniams, kuriuose buvo patirta trauma, galėtų būti nukreiptos į konkrečius neurobiologinius mechanizmus – pavyzdžiui, HHA ašies reguliacijos normalizavimą. Toks integruotas požiūris, apjungiantis traumos informuotą priežiūrą, atsparumo skatinimą ir ankstyvųjų neurobiologinių intervencijų taikymą, ateityje galėtų žymiai sumažinti ilgalaikių VSS pasekmių apimtį, pagerinti gydymo rezultatus ir pagerinti nuo smurto nukentėjusių žmonių gyvenimo kokybę.

BIBLIOGRAFIJA

1. M. JM. Responding to children and adolescents who have been sexually abused, WHO clinical guidelines. *Rev Francoph Lab*. 2018 Feb;2018(499):10.
2. Sakalauskas G. Pedofilija kaip liga ir kaip paskata nusikalsti. *Teisė*. 2019 May 20;111:23–44.
3. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*. 2013 Jun;58(3):469–83.
4. Walker JL, Carey PD, Mohr N, Stein DJ, Seedat S. Gender differences in the prevalence of childhood sexual abuse and in the development of pediatric PTSD. *Arch Womens Ment Health*. 2004 Apr 1;7(2):111–21.
5. Rich-Edwards JW, Mason S, Rexrode K, Spiegelman D, Hibert E, Kawachi I, et al. Physical and sexual abuse in childhood as predictors of early onset cardiovascular events in women. *Circulation*. 2012 Aug 21;126(8):920–7.
6. Junaid MU, Fatimi AS, Rauf H, Nasim MT, Jawed K, Enam K. Evaluating the association of childhood sexual abuse with the development of irritable bowel syndrome later in life - a systematic review. *J Pak Med Assoc*. 2024 Apr 22;74(5):939–45.
7. Dube SR, Fairweather D, Pearson WS, Felitti VJ, Anda RF, Croft JB. Cumulative Childhood Stress and Autoimmune Diseases in Adults. *Psychosom Med*. 2009 Feb;71(2):243–50.
8. Rajan G, Syding S, Ljunggren G, Wändell P, Wahlström L, Philips B, et al. Health care consumption and psychiatric diagnoses among adolescent girls 1 and 2 years after a first-time registered child sexual abuse experience: a cohort study in the Stockholm Region. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021 Nov;30(11):1803–11.
9. Marin TJ, Lewinson RE, Hayden JA, Mahood Q, Rossi MA, Rosenbloom B, et al. A Systematic Review of the Prospective Relationship between Child Maltreatment and Chronic Pain. *Child Basel Switz*. 2021 Sep 15;8(9):806.
10. Henkhaus LE. The lasting consequences of childhood sexual abuse on human capital and economic well-being. *Health Econ*. 2022 Sep;31(9):1954–72.
11. Fereidooni F, Daniels JK, Lommen MJJ. Childhood Maltreatment and Revictimization: A Systematic Literature Review. *Trauma Violence Abuse*. 2024 Jan;25(1):291–305.
12. Sheng JA, Bales NJ, Myers SA, Bautista AI, Roueifar M, Hale TM, et al. The Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis: Development, Programming Actions of Hormones, and Maternal-Fetal Interactions. *Front Behav Neurosci*. 2020;14:601939.

13. Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, et al. Pituitary-Adrenal and Autonomic Responses to Stress in Women After Sexual and Physical Abuse in Childhood. *JAMA*. 2000 Aug 2;284(5):592–7.
14. De Bellis MD, Chrousos GP, Dorn LD, Burke L, Helmers K, Kling MA, et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in sexually abused girls. *J Clin Endocrinol Metab*. 1994 Feb;78(2):249–55.
15. Shenk CE, Felt JM, Ram N, O'Donnell KJ, Sliwinski MJ, Pokhvisneva I, et al. Cortisol Trajectories Measured Prospectively across Thirty Years of Female Development following Exposure to Childhood Sexual Abuse: Moderation by Epigenetic Age Acceleration at Midlife. *Psychoneuroendocrinology*. 2022 Feb;136:105606.
16. King JA, Mandansky D, King S, Fletcher KE, Brewer J. Early sexual abuse and low cortisol. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2001 Feb;55(1):71–4.
17. Cicchetti D, Rogosch FA, Gunnar MR, Toth SL. The Differential Impacts of Early Physical and Sexual Abuse and Internalizing Problems on Daytime Cortisol Rhythm in School-Aged Children. *Child Dev*. 2010 Jan;81(1):252–69.
18. Gerritsen L, Milaneschi Y, Vinkers CH, van Hemert AM, van Velzen L, Schmaal L, et al. HPA Axis Genes, and Their Interaction with Childhood Maltreatment, are Related to Cortisol Levels and Stress-Related Phenotypes. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol*. 2017 Nov;42(12):2446–55.
19. Heim C, Bradley B, Mletzko TC, Deveau TC, Musselman DL, Nemeroff CB, et al. Effect of Childhood Trauma on Adult Depression and Neuroendocrine Function: Sex-Specific Moderation by CRH Receptor 1 Gene. *Front Behav Neurosci*. 2009 Nov 6;3:41.
20. Perroud N, Paoloni-Giacobino A, Prada P, Olié E, Salzmann A, Nicastro R, et al. Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment: a link with the severity and type of trauma. *Transl Psychiatry*. 2011 Dec;1(12):e59–e59.
21. Cicchetti D, Handley ED. Methylation of the glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in maltreated and nonmaltreated children: Associations with behavioral undercontrol, emotional lability/negativity, and externalizing and internalizing symptoms. *Dev Psychopathol*. 2017 Dec;29(5):1795–806.
22. Klengel T, Mehta D, Anacker C, Rex-Haffner M, Pruessner JC, Pariante CM, et al. Allele-specific FKBP5 DNA demethylation mediates gene–childhood trauma interactions. *Nat Neurosci*. 2013 Jan;16(1):33–41.
23. Malekpour M, Shekouh D, Safavinia ME, Shiralipour S, Jalouli M, Mortezaejad S, et al. Role of FKBP5 and its genetic mutations in stress-induced psychiatric disorders: an opportunity for drug discovery. *Front Psychiatry*. 2023;14:1182345.
24. Beach SRH, Brody GH, Todorov AA, Gunter TD, Philibert RA. Methylation at SLC6A4 is linked to Family History of Child Abuse: An Examination of the Iowa Adoptee Sample. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet Off Publ Int Soc Psychiatr Genet*. 2010 Mar 5;153B(2):710–3.

25. Parade SH, Huffhines L, Daniels TE, Stroud LR, Nugent NR, Tyrka AR. A systematic review of childhood maltreatment and DNA methylation: candidate gene and epigenome-wide approaches. *Transl Psychiatry*. 2021 Feb 19;11(1):1–33.
26. Andersen SL, Tomada A, Vincow ES, Valente E, Polcari A, Teicher MH. Preliminary evidence for sensitive periods in the effect of childhood sexual abuse on regional brain development. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2008;20(3):292–301.
27. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP, Kim DM. The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosci Biobehav Rev*. 2003 Jan 1;27(1):33–44.
28. Tottenham N, Sheridan MA. A Review of Adversity, The Amygdala and the Hippocampus: A Consideration of Developmental Timing. *Front Hum Neurosci*. 2010 Jan 8;3:68.
29. Bremner JD, Vythilingam M, Vermetten E, Southwick SM, McGlashan T, Nazeer A, et al. MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2003 May;160(5):924–32.
30. De Bellis MD, Keshavan MS, Clark DB, Casey BJ, Giedd JN, Boring AM, et al. Developmental traumatology part II: brain development*. *Biol Psychiatry*. 1999 May 15;45(10):1271–84.
31. Sala M, Perez J, Soloff P, Ucelli di Nemi S, Caverzasi E, Soares JC, et al. Stress and hippocampal abnormalities in psychiatric disorders. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol*. 2004 Oct;14(5):393–405.
32. Zhu J, Anderson CM, Ohashi K, Khan A, Teicher MH. Potential sensitive period effects of maltreatment on amygdala, hippocampal and cortical response to threat. *Mol Psychiatry*. 2023 Dec;28(12):5128–39.
33. Veer IM, Oei NYL, van Buchem MA, Spinhoven P, Elzinga BM, Rombouts SARB. Evidence for smaller right amygdala volumes in posttraumatic stress disorder following childhood trauma. *Psychiatry Res*. 2015 Sep 30;233(3):436–42.
34. Uematsu A, Matsui M, Tanaka C, Takahashi T, Noguchi K, Suzuki M, et al. Developmental Trajectories of Amygdala and Hippocampus from Infancy to Early Adulthood in Healthy Individuals. *PLoS ONE*. 2012 Oct 9;7(10):e46970.
35. El Khoury-Malhame M, Reynaud E, Soriano A, Michael K, Salgado-Pineda P, Zendjidjian X, et al. Amygdala activity correlates with attentional bias in PTSD. *Neuropsychologia*. 2011 Jun;49(7):1969–73.
36. Felmingham KL, Falconer EM, Williams L, Kemp AH, Allen A, Peduto A, et al. Reduced amygdala and ventral striatal activity to happy faces in PTSD is associated with emotional numbing. *PloS One*. 2014;9(9):e103653.

37. Pechtel P, Lyons-Ruth K, Anderson CM, Teicher MH. Sensitive periods of amygdala development: the role of maltreatment in preadolescence. *NeuroImage*. 2014 Aug 15;97:236–44.
38. Delvenne JF, Malloy E. Functional implications of age-related atrophy of the corpus callosum. *Neurosci Biobehav Rev*. 2025 Feb 1;169:105982.
39. Hinkley LBN, Marco EJ, Findlay AM, Honma S, Jeremy RJ, Strominger Z, et al. The role of corpus callosum development in functional connectivity and cognitive processing. *PloS One*. 2012;7(8):e39804.
40. Bartha-Doering L, Kollndorfer K, Schwartz E, Fischmeister FPhS, Alexopoulos J, Langs G, et al. The role of the corpus callosum in language network connectivity in children. *Dev Sci*. 2021;24(2):e13031.
41. Hasan KM, Molfese DL, Walimuni IS, Stuebing KK, Papanicolaou AC, Narayana PA, et al. Diffusion tensor quantification and cognitive correlates of the macrostructure and microstructure of the corpus callosum in typically developing and dyslexic children. *NMR Biomed*. 2012 Nov;25(11):1263–70.
42. Rinne-Albers MAW, van der Werff SJA, van Hoof MJ, van Lang ND, Lamers-Winkelmann F, Rombouts SA, et al. Abnormalities of white matter integrity in the corpus callosum of adolescents with PTSD after childhood sexual abuse: a DTI study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Aug;25(8):869–78.
43. Gilmore JH, Knickmeyer RC, Gao W. Imaging structural and functional brain development in early childhood. *Nat Rev Neurosci*. 2018 Feb 16;19(3):123–37.
44. Best JR, Miller PH. A Developmental Perspective on Executive Function. *Child Dev*. 2010;81(6):1641–60.
45. Tierney AL, Nelson CA. Brain Development and the Role of Experience in the Early Years. *Zero Three*. 2009 Nov 1;30(2):9–13.
46. Kolk SM, Rakic P. Development of prefrontal cortex. *Neuropsychopharmacology*. 2022 Jan;47(1):41–57.
47. Gogtay N, Giedd JN, Lusk L, Hayashi KM, Greenstein D, Vaituzis AC, et al. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2004 May 25;101(21):8174–9.
48. Gold AL, Sheridan MA, Peverill M, Busso DS, Lambert HK, Alves S, et al. Childhood abuse and reduced cortical thickness in brain regions involved in emotional processing. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016 Oct;57(10):1154–64.
49. Kim J, Lee C, Kang Y, Kang W, Kim A, Tae WS, et al. Childhood Sexual Abuse and Cortical Thinning in Adults With Major Depressive Disorder. *Psychiatry Investig*. 2023 Mar;20(3):255–61.
50. Heim CM, Mayberg HS, Mletzko T, Nemeroff CB, Pruessner JC. Decreased Cortical Representation of Genital Somatosensory Field After Childhood Sexual Abuse. *Am J Psychiatry*. 2013 Jun;170(6):616–23.

51. Bremner JD, Narayan M, Staib LH, Southwick SM, McGlashan T, Charney DS. Neural Correlates of Memories of Childhood Sexual Abuse in Women With and Without Posttraumatic Stress Disorder. *Am J Psychiatry*. 1999 Nov;156(11):1787–95.
52. Euston DR, Gruber AJ, McNaughton BL. The Role of Medial Prefrontal Cortex in Memory and Decision Making. *Neuron*. 2012 Dec 20;76(6):1057–70.
53. Teicher MH, Samson JA. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016 Mar;57(3):241–66.
54. 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 Nov 15;16(1):401.
55. Slavin MN, Blycker GR, Potenza MN, Bóthe B, Demetrovics Z, Kraus SW. Gender-Related Differences in Associations Between Sexual Abuse and Hypersexuality. *J Sex Med*. 2020 Oct;17(10):2029–38.
56. Vaillancourt-Morel MP, Godbout N, Labadie C, Runtz M, Lussier Y, Sabourin S. Avoidant and compulsive sexual behaviors in male and female survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2015 Feb;40:48–59.
57. Guiney H, Caspi A, Ambler A, Belsky J, Kokaua J, Broadbent J, et al. Childhood sexual abuse and pervasive problems across multiple life domains: Findings from a five-decade study. *Dev Psychopathol*. 2024 Feb;36(1):219–35.
58. Radell ML, Abo Hamza EG, Daghustani WH, Perveen A, Moustafa AA. The Impact of Different Types of Abuse on Depression. Rybakowski JK, editor. *Depress Res Treat*. 2021 Apr 13;2021:1–12.
59. Kendler KS, Aggen SH. Clarifying the causal relationship in women between childhood sexual abuse and lifetime major depression. *Psychol Med*. 2014 Apr;44(6):1213–21.
60. 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. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2019 Jun 14;74(5):842–52.
61. Teicher MH, Samson JA, Polcari A, Andersen SL. Length of time between onset of childhood sexual abuse and emergence of depression in a young adult sample: a retrospective clinical report. *J Clin Psychiatry*. 2009 May;70(5):684–91.
62. Schoedl AF, Costa MCP, Mari JJ, Mello MF, Tyrka AR, Carpenter LL, et al. The Clinical Correlates of Reported Childhood Sexual Abuse: An Association Between Age at Trauma Onset and Severity of Depression and PTSD in Adults. *J Child Sex Abuse*. 2010 Mar 26;19(2):156–70.
63. Boney-McCoy S, Finkelhor D. Prior victimization: a risk factor for child sexual abuse and for PTSD-related symptomatology among sexually abused youth. *Child Abuse Negl*. 1995 Dec;19(12):1401–21.

64. 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 Negl.* 2017 May;67:280–93.
65. Ginzburg K, Koopman C, Butler LD, Palesh O, Kraemer HC, Classen CC, et al. Evidence for a Dissociative Subtype of Post-Traumatic Stress Disorder Among Help-Seeking Childhood Sexual Abuse Survivors. *J Trauma Dissociation.* 2006 Jun 5;7(2):7–27.
66. Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 2000 Oct;57(10):953–9.
67. Wonderlich SA, Brewerton TD, Jelic Z, Dansky BS, Abbott DW. Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997 Aug;36(8):1107–15.
68. Childhood sexual abuse and eating disorders in females: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study - PubMed [Internet]. [cited 2025 Apr 14]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18316664/>
69. Wiss DA, Brewerton TD, Tomiyama AJ. Limitations of the protective measure theory in explaining the role of childhood sexual abuse in eating disorders, addictions, and obesity: an updated model with emphasis on biological embedding. *Eat Weight Disord EWD.* 2022 May;27(4):1249–67.
70. Rossi E, Cassioli E, Gironi V, Idrizaj E, Garella R, Squecco R, et al. Ghrelin as a possible biomarker and maintaining factor in patients with eating disorders reporting childhood traumatic experiences. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* 2021 Jul;29(4):588–99.
71. Tonmyr L, Shields M. Childhood sexual abuse and substance abuse: A gender paradox? *Child Abuse Negl.* 2017 Jan;63:284–94.
72. Sartor CE, Waldron M, Duncan AE, Grant JD, McCutcheon VV, Nelson EC, et al. Childhood sexual abuse and early substance use in adolescent girls: the role of familial influences. *Addiction.* 2013 May;108(5):993–1000.
73. Sartor CE, Lynskey MT, Bucholz KK, McCutcheon VV, Nelson EC, Waldron M, et al. Childhood sexual abuse and the course of alcohol dependence development: findings from a female twin sample. *Drug Alcohol Depend.* 2007 Jul 10;89(2–3):139–44.
74. Al Mamun A, Alati R, O’Callaghan M, Hayatbakhsh MR, O’Callaghan FV, Najman JM, et al. Does childhood sexual abuse have an effect on young adults’ nicotine disorder (dependence or withdrawal)? Evidence from a birth cohort study. *Addiction.* 2007 Apr;102(4):647–54.
75. Duncan AE, Sartor CE, Scherrer JF, Grant JD, Heath AC, Nelson EC, et al. The association between cannabis abuse and dependence and childhood physical and sexual abuse: evidence from an offspring of twins design. *Addict Abingdon Engl.* 2008 Jun;103(6):990–7.

76. Nelson EC, Heath AC, Lynskey MT, Bucholz KK, Madden PAF, Statham DJ, et al. Childhood sexual abuse and risks for licit and illicit drug-related outcomes: a twin study. *Psychol Med*. 2006 Oct;36(10):1473–83.
77. Lee W, Ti L, Marshall BDL, Dong H, Wood E, Kerr T. Childhood Sexual Abuse and Syringe Sharing Among People Who Inject Drugs. *AIDS Behav*. 2015 Aug;19(8):1415–22.
78. Langevin R, Marshall C, Wallace A, Gagné ME, Kingsland E, Temcheff C. Disentangling the Associations Between Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Child Sexual Abuse: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*. 2023 Apr;24(2):369–89.
79. Sanderud K, Murphy S, Elklit A. Child maltreatment and ADHD symptoms in a sample of young adults. *Eur J Psychotraumatology*. 2016;7:32061.
80. Schwartz A, Galera C, Kerbage H, Montagni I, Tzourio C. Adverse Childhood Experiences and ADHD Symptoms Among French College Students. *J Child Adolesc Trauma*. 2023 Apr 10;16(4):1109–17.
81. Ratanatharathorn A, Koenen KC, Chibnik LB, Weisskopf MG, Rich-Edwards JW, Roberts AL. Polygenic risk for autism, attention-deficit hyperactivity disorder, schizophrenia, major depressive disorder, and neuroticism is associated with the experience of childhood abuse. *Mol Psychiatry*. 2021 May;26(5):1696–705.
82. Capusan AJ, Kuja-Halkola R, Bendtsen P, Viding E, McCrory E, Marteinsdottir I, et al. Childhood maltreatment and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adults: a large twin study. *Psychol Med*. 2016 Sep;46(12):2637–46.
83. Weinstein D, Staffelbach D, Biaggio M. Attention-deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clin Psychol Rev*. 2000 Apr;20(3):359–78.
84. Merza K, Papp G, Kuritárné Szabó I. The role of childhood traumatization in the development of borderline personality disorder in Hungary. *Eur J Psychiatry*. 2015 Jun;29(2):105–18.
85. Temes CM, Magni LR, Aguirre BA, Goodman M, Ridolfi ME, Zanarini MC. Parameters of reported childhood sexual abuse and assault in adolescents and adults with borderline personality disorder. *Personal Ment Health*. 2020 Aug;14(3):254–62.
86. Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick C, Dolan-Sewell R, et al. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis*. 2002 Aug;190(8):510–8.
87. Menon P, Chaudhari B, Saldanha D, Devabhaktuni S, Bhattacharya L. Childhood sexual abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Ind Psychiatry J*. 2016;25(1):101–6.
88. Biskin RS, Paris J, Renaud J, Raz A, Zelkowitz P. Outcomes in women diagnosed with borderline personality disorder in adolescence. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry J Acad Can Psychiatr Enfant Adolesc*. 2011 Aug;20(3):168–74.

89. Bozzatello P, Rocca P, Baldassarri L, Bosia M, Bellino S. The Role of Trauma in Early Onset Borderline Personality Disorder: A Biopsychosocial Perspective. *Front Psychiatry*. 2021 Sep 23;12:721361.
90. Nock MK, Prinstein MJ. A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *J Consult Clin Psychol*. 2004 Oct;72(5):885–90.
91. Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, Lachal J, Moro MR. Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review. *PLoS ONE*. 2016 Apr 18;11(4):e0153760.
92. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc*. 2010 Jul;85(7):618–29.
93. Angelakis I, Gillespie EL, Panagioti M. Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychol Med*. 2019 May;49(7):1057–78.
94. Rhodes AE, Boyle MH, Tonmyr L, Wekerle C, Goodman D, Leslie B, et al. Sex differences in childhood sexual abuse and suicide-related behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. 2011 Jun;41(3):235–54.
95. Weierich MR, Nock MK. Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Feb;76(1):39–44.
96. Kristensen E, and Lau M. Sexual function in women with a history of intrafamilial childhood sexual abuse. *Sex Relatsh Ther*. 2011 Aug 1;26(3):229–41.
97. Villeneuve É, Paradis A, Brassard A, Vaillancourt-Morel MP, Fernet M, Gewirtz-Meydan A, et al. Dissociation and Sexual Concerns in Male Survivors of Childhood Sexual Abuse: The Role of Identity Cohesion. *J Trauma Dissociation Off J Int Soc Study Dissociation ISSD*. 2024;25(4):500–15.
98. Sarwer DB, Crawford I, Durlak JA. The relationship between childhood sexual abuse and adult male sexual dysfunction. *Child Abuse Negl*. 1997 Jul;21(7):649–55.
99. Bird ER, Seehuus M, Clifton J, Rellini AH. Dissociation during sex and sexual arousal in women with and without a history of childhood sexual abuse. *Arch Sex Behav*. 2014 Jul;43(5):953–64.
100. Gewirtz-Meydan A. Between pleasure, guilt, and dissociation: How trauma unfolds in the sexuality of childhood sexual abuse survivors. *Child Abuse*. 2023;
101. Pulverman CS, Meston CM. Sexual dysfunction in women with a history of childhood sexual abuse: The role of sexual shame. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. 2020 Mar;12(3):291–9.
102. Stephenson KR, Hughan CP, Meston CM. Childhood sexual abuse moderates the association between sexual functioning and sexual distress in women. *Child Abuse Negl*. 2012 Feb;36(2):180–9.

103. Kleindienst N, Löffler A, Herzig M, Bertsch K, Bekrater-Bodmann R. Evaluation of the own body in women with current and remitted borderline personality disorder: evidence for long-lasting effects of childhood sexual abuse. *Eur J Psychotraumatology*. 2020 Jun 25;11(1):1764707.
104. Steine IM, Harvey AG, Krystal JH, Milde AM, Grønli J, Bjorvatn B, et al. Sleep disturbances in sexual abuse victims: a systematic review. *Sleep Med Rev*. 2012 Feb;16(1):15–25.
105. Steine IM, Skogen JC, Krystal JH, Winje D, Milde AM, Grønli J, et al. Insomnia symptom trajectories among adult survivors of childhood sexual abuse: A longitudinal study. *Child Abuse Negl*. 2019 Jul;93:263–76.
106. Greenfield EA, Lee C, Friedman EL, Springer KW. Childhood abuse as a risk factor for sleep problems in adulthood: evidence from a U.S. national study. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med*. 2011 Oct;42(2):245–56.
107. Lind MJ, Aggen SH, Kendler KS, York TP, Amstadter AB. An epidemiologic study of childhood sexual abuse and adult sleep disturbances. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. 2016 Mar;8(2):198–205.