

Gravidade psicopatológica em mulheres vítimas de violência doméstica

Psychopathology severity in women victims of violence

Adriana Cristine Fonseca Mozzambani¹, Rafaela Larsen Ribeiro², Simone Freitas Fuso², José Paulo Fiks³, Marcelo Feijó de Mello⁴

¹Mestranda em Ciências, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP. Bolsista, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

²Doutora. Professora, UNIFESP. ³Doutor. Professor, UNIFESP. ⁴Doutor. Professor, UNIFESP. Pesquisador 2, CNPq.

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Resumo

Objetivo: Avaliar a presença de sintomas psicopatológicos em mulheres vítimas de violência doméstica (VD) que procuraram uma delegacia de defesa da mulher.

Métodos: Foram avaliadas mulheres com idade entre 20 e 50 anos que deram entrada em uma delegacia da mulher com queixa de VD. Durante a entrevista, todas foram submetidas ao Relatório de Indicadores Sociais e preencheram os seguintes instrumentos de autoaplicação: Inventário de Depressão de Beck, Inventário de Ansiedade de Beck, Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version e o Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (todos em língua portuguesa). Foram usadas notas de corte a partir dos estudos de validação desses instrumentos para categorizar indivíduos com alta probabilidade de apresentar transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, ou alta/baixa dissociação peritraumática.

Resultados: Foram avaliadas 17 mulheres com idade média de 34,7±7,7 anos. O tempo médio de duração da violência foi de 9,1±8,7 anos. Do total de mulheres, 53% eram vítimas de agressão excessiva e 84% eram ameaçadas de morte pelo companheiro; em 71% dos casos, os companheiros eram usuários de drogas. Além disso, 53% das mulheres afirmaram ter sofrido VD na infância. Do total da amostra, 89% tiveram grande probabilidade de apresentar transtorno depressivo maior, 94% transtorno de ansiedade, 76% transtorno de estresse pós-traumático e 88% apresentaram elevados níveis de experiências dissociativas peritraumáticas.

Conclusão: As vítimas de VD que dão entrada em delegacias de defesa da mulher têm alta probabilidade de apresentar morbidade psiquiátrica, assim como alterações cognitivas que as impossibilitam de sair do ciclo da violência.

Descritores: Mulheres maltratadas, transtornos dissociativos, transtornos de estresse pós-traumáticos, violência doméstica.

Abstract

Objective: To assess the presence of psychopathological symptoms in women victims of domestic violence who seek help at police units offering women's protective services.

Methods: Women aged between 20 and 50 years who sought help at women's protective services complaining of domestic violence were assessed. During the interview, all participants were submitted to assessment using a Social Indicator Report and filled in the following self-report instruments: Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version, and the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (all in Brazilian Portuguese). Cut-off points were established based on instrument validation studies and were used to identify subjects with a high probability of having major depressive disorder, anxiety disorder, post-traumatic stress disorder, or high/low peritraumatic dissociation.

Results: Seventeen women with a mean age of 34.7±7.7 years were assessed. Average duration of exposure to domestic violence was 9.1±8.7 years. Of the total sample, 53% were exposed to excessive violence and 84% received death threats from their partners; 71% of the partners were drug abusers. In addition, 53% of the women reported exposure to domestic violence during childhood. From the total sample, 89% presented a high probability of having major depressive disorder, 94% anxiety disorder, 76% post-traumatic stress disorder, and 88% showed high scores of peritraumatic dissociative experiences.

Conclusion: Victims of violence seeking help at women's protective services showed a high probability of having psychiatric morbidities and cognitive dysfunction that prevent these women from interrupting exposure to this specific type of violence.

Keywords: Battered women, dissociative disorders, post-traumatic stress disorders, domestic violence.

Correspondência:

Adriana Cristine Fonseca Mozzambani, Rua Josefina Arnoni, 271, Tremembé, CEP 02374-050, São Paulo, SP, Brasil. Tel.: (11) 2262.3661, (11) 9919.4868. Fax: (11) 3554.3661. E-mail: a.mozzambani@uol.com.br

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – APRS

Recebido em 02/03/2010. Aceito em 24/05/2010.

Introdução

A prevalência de violência contra as mulheres é extremamente elevada. Pelo menos uma em cada três mulheres já foi espancada, coagida ao sexo ou sofreu alguma outra forma de abuso durante a vida por um agressor, que geralmente é membro de sua própria família¹. A violência doméstica (VD), pelo número de vítimas e magnitude das sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico, convertendo-se em um grave problema de saúde pública em vários países².

A palavra “violência” origina-se do latim e tem dois significados: *violentia*, que significa veemência, ato apaixonado e sem controle, e *violare*, que significa infração ou violação³. Interessa-nos aqui a violência intencional como violação, que vai além da forma física, que impede a realização humana.

Dentre as várias formas de expressão da violência, temos a violência física, violência sexual, violência psicológica e negligência. Quando praticada dentro do lar, ocorrendo em meio às interações pai-mãe-filho, utiliza-se o termo VD. Neste artigo, estaremos atentos a episódios de VD cometidos contra mulheres por seus companheiros e que motivaram a procura de ajuda em delegacias de defesa da mulher.

A VD está diretamente relacionada a uma série de transtornos mentais, sendo fator de risco e/ou etiológico dos mesmos. Estudo de Brown et al. encontrou alta correlação entre lares desajustados e violentos, tanto na infância como na adolescência, e quadros depressivos crônicos em mulheres⁴. Carrasco⁵, estudando mulheres vítimas de VD, observou que muitas delas presenciaram a vitimização de suas mães e concluiu pela existência de um padrão de transmissão de experiências violentas ao longo das gerações. Outros estudos realizados com mulheres abusadas cronicamente mostraram a presença de alterações cognitivas e afetivas, com a presença frequente de sintomas dissociativos, que podem ser interpretados por leigos como aquiescência a agressão⁶.

A exposição contínua à VD tem alto impacto emocional, devido à intensidade e continuidade desses eventos estressores. Autores relatam alta prevalência de transtornos mentais associados à VD, entre eles transtornos depressivos, de abuso de substâncias, de estresse pós-traumático, de sono e alimentares⁷.

Uma das autoras do presente artigo (A.C.F.M.) participou da implantação de um plantão psicológico destinado a mulheres vítimas de VD na Primeira Delegacia de Defesa da Mulher (1ª DDM) de São Paulo (SP). A autora percebeu a necessidade de uma atenção especial a essa população quanto à saúde mental, visando conhecer melhor as características psicopatológicas presentes e seu funcionamento. Dessa forma, foi proposto um estudo de corte transversal e descritivo para avaliar neuropsicologicamente essa população. Foram utilizados testes que verificaram a percepção e memória emocional em mulheres vítimas de VD, juntamente com parâmetros fisiológicos, como frequência cardíaca e condutância da pele, comparadas a um grupo controle sau-

dável pareado por idade e escolaridade. Os sujeitos da pesquisa foram avaliados também com relação à presença de psicopatologia.

O objetivo deste artigo foi descrever os resultados da avaliação psicopatológica nesse grupo de mulheres vítimas de VD, resultados estes preliminares à interpretação dos testes neuropsicológicos e medidas fisiológicas.

Métodos

Amostra

Todas as mulheres vítimas de VD que procuraram a 1ª DDM e registraram boletim de ocorrência nos anos de 2008 e 2009 foram convidadas pela delegada titular, via telefone ou carta, para uma entrevista. Durante a entrevista, os termos e objetivos da pesquisa eram explicados às mulheres. Foram incluídas no estudo todas as mulheres que concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Um segundo grupo de mulheres saudáveis, que trabalhavam na universidade, pareadas por idade e escolaridade com as mulheres vítimas de VD, foi convidado a participar da pesquisa como controle. Esse grupo também só foi avaliado após a aceitação do convite para participar do estudo e da assinatura do termo de consentimento.

Foram considerados para o grupo de casos os seguintes critérios de inclusão: ser mulher vítima de VD que procurou a 1ª DDM para registrar boletim de ocorrência e ter idade entre 20 e 50 anos. Os seguintes critérios de exclusão também foram considerados: abuso de álcool e/ou outras drogas e esquizofrenia, avaliados clinicamente pela pesquisadora (A.C.F.M.); uso de betabloqueadores; presença de lesões cerebrais; 4) presença de alterações cognitivas e visuais que impedissem a realização dos testes neuropsicológicos e/ou a coleta de parâmetros fisiológicos. Os mesmos critérios de inclusão e exclusão foram aplicados ao grupo controle, com exceção do critério de exposição a VD.

Instrumentos

Os seguintes instrumentos foram aplicados individualmente pela pesquisadora no consultório do Setor Psicossocial da 1ª DDM, respeitando-se o sigilo profissional:

1) Relatório de Indicadores Sociais⁸. Refere-se à coleta de dados pessoais e sobre o perfil da violência, a saber: história prévia de uso de drogas pelo companheiro agressor; tipo de agressão, variando entre mínima (pequena, não houve força física), moderada (tapas repetidos, socos), excessiva (espancamentos, contusões, lacerações) e brutal (tortura sádica); ameaça verbal de morte; resistência da vítima (se não emite nenhuma reação, se reage verbal e/ou fisicamente); se foi vítima de VD na infância; há quanto tempo sofre VD por

parte do companheiro agressor; horário em que ocorriam as agressões (manhã, tarde ou noite); e frequência da violência (diariamente, semanalmente, ou até 2 vezes ao mês).

2) Inventário de Depressão de Beck (BDI)⁹. Instrumento que avalia os sintomas depressivos, em que o escore total é a soma da pontuação de 21 itens (0 a 63), com os seguintes pontos de corte: 0-9 para depressão mínima, 10-18 para depressão leve a moderada, 19-29 para depressão moderada a grave e 30-63 para depressão grave. Foi escolhido ponto de corte usado na literatura, em que os indivíduos com escore > 10 são considerados como tendo alta probabilidade de apresentar transtorno depressivo.

3) Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)¹⁰. Instrumento que mede a intensidade dos sintomas de ansiedade, em que o escore total é a soma das pontuações de 21 itens (0 a 63), com os seguintes pontos de corte: 0-10 para nível mínimo de ansiedade, 11-19 para nível leve, 20-30 para nível moderado e 31-63 para nível grave. Foi escolhido ponto de corte usado na literatura, em que os indivíduos com escore > 11 são considerados como tendo alta probabilidade de apresentar transtorno de ansiedade.

4) Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C)¹¹. Escala desenvolvida para a população civil, que avalia as consequências de diversos tipos de experiências traumáticas. A versão original do instrumento considera um escore ≥ 3 (médio) em um dos 17 itens como um sintoma clinicamente significativo. A pontuação varia de 17 a 85, tendo como ponto de corte 50 pontos para possíveis casos de transtorno de estresse pós-traumático.

5) Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas¹². Esse questionário rastreia as experiências que ocorrem no momento da exposição ao evento traumático. Contém 10 itens, e os pontos de corte são: 21-32 para nível alto de dissociação, 11-20 para nível moderado e 1-10 para nível baixo. O nível moderado foi excluído de análises adicionais. Todas as escalas eram de auto-aplicação e foram utilizadas em versões validadas para o português.

Resultados

Durante os anos de 2008 e 2009, foram avaliadas 17 mulheres vítimas de VD que registraram boletim de ocorrência na 1ª DDM e preencheram os critérios de inclusão. A média de idade do grupo foi de $34,7 \pm 7,7$ anos. Através dos dados colhidos no Relatório de Indicadores Sociais, observamos que o tempo médio de duração da violência com o companheiro atual foi de $9,1 \pm 8,7$ anos. Do total da amostra, 53% das mulheres sofriam agressão excessiva, incluindo espancamentos, lacerações e contusões.

As agressões apresentaram maior índice no período noturno (71%), sendo que 52% afirmaram sofrer VD pelo menos 2 vezes ao mês. Quanto ao período da infância, 53% afirmaram ter sofrido violência por parte dos pais. Atualmente, 82% são ameaçadas de morte por seus companheiros, que,

em 71% dos casos, são usuários de álcool e/ou outras drogas. Com relação aos dados clínicos, observamos que 89% das mulheres avaliadas tiveram grande probabilidade de apresentar transtorno depressivo, 94% transtorno de ansiedade, e 76% transtorno de estresse pós-traumático. Ainda, 88% das mulheres avaliadas apresentaram altos graus de experiências dissociativas peritraumáticas (Tabela 1).

Tabela 1 – Características da amostra (n = 17)

Variável	n (%)
Companheiro usuário de drogas	12 (71)
Tipo de agressão sofrida	
Excessiva	9 (53)
Moderada	6 (35)
Brutal	2 (12)
Ameaça de morte pelo companheiro	14 (82)
Horário das agressões	
À noite	12 (71)
Qualquer horário	3 (17)
À tarde	2 (12)
Resistência da vítima à agressão	
Reage verbalmente	4 (24)
Não reage	8 (47)
Reage verbal e fisicamente	5 (29)
Frequência da violência	
Pelo menos 2 vezes ao mês	9 (53)
Pelo menos 1 vez ao mês	1 (6)
Diariamente	2 (12)
Pelo menos 2 vezes na semana	3 (17)
Pelo menos 1 vez na semana	2 (12)
Violência na infância	9 (53)
Frequência de depressão	
Sem depressão	2 (12)
Depressão leve a moderada	2 (12)
Depressão moderada a grave	3 (17)
Depressão grave	10 (59)
Frequência de ansiedade	
Sem ansiedade	1 (6)
Ansiedade moderada	6 (35)
Ansiedade grave	10 (59)
Frequência de transtorno do estresse pós-traumático	
Sem transtorno	4 (24)
Com transtorno	13 (76)
Frequência de experiências dissociativas peritraumáticas	
Sem dissociação	2 (12)
Com dissociação	15 (88)

Discussão

Nossos achados sugerem que mulheres vítimas de VD que procuram delegacias de defesa da mulher apresentam altas taxas de morbidade psiquiátrica. Contudo, não é possível afirmar se essa morbidade está associada à VD ocorrida durante o período conjugal ou se já existia previamente.

As mulheres avaliadas no presente estudo chegaram à denúncia após um longo tempo de submissão à violência, portanto são casos de vitimização crônica. Mais da metade das mulheres apresentou relato de vivências de VD durante a

infância. As experiências traumáticas precoces podem estar relacionadas à alta morbidade psiquiátrica dessa população, e também podem ser caracterizadas como um fator de risco para a VD durante a vida adulta. Estudos epidemiológicos encontraram forte correlação entre a presença de traumas na infância e morbidades psiquiátricas na vida adulta¹³.

Fatores como alcoolismo, pobreza e repetição de relações abusivas através de gerações aparecem associados à dinâmica das vítimas de VD. O medo e a insegurança causados pelas ameaças e pela violência psicológica perpetrada pelo parceiro abusivo também parecem desempenhar importante papel nessa dinâmica⁶.

Notamos também que, aliada à cronicidade, a violência era excessiva em mais de metade da amostra: ocorreram com frequência agressões físicas com lesões severas às vítimas, além de ameaças de morte. Tais características enquadram a VD como critério A1 no diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático, segundo critérios da classificação atual da American Psychiatric Association (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition – DSM-IV)¹⁴. Quanto mais grave e duradouro é o evento traumático, maiores são as chances de a vítima desenvolver um quadro de transtorno de estresse pós-traumático¹⁵.

Mulheres vítimas de violência física e psicológica tendem a apresentar maior fragilidade, podendo sofrer efeitos permanentes em sua autoestima e autoimagem, tornar-se menos seguras do seu valor e ficar mais propensas à depressão. Além disso, a violência de gênero pode estar relacionada a suicídio, homicídio e mortalidade materna¹⁶.

A maior parte das mulheres avaliadas apresentou altas experiências dissociativas peritraumáticas no momento ou logo após a agressão. A dissociação peritraumática pode estar ligada ao que etiologicamente é estudado como imobilidade tônica, comportamento encontrado em vários vertebrados e invertebrados, usado como mecanismo de defesa para situações extremas de perigo¹⁷.

Estudos clássicos de Pierre Janet, do início do século XX, já descreviam a presença de dissociação frente a situações traumáticas, caracterizada por sistemas cognitivos que não seriam acessados conscientemente ou não seriam integrados na memória¹⁸. Os relatos das experiências de dissociação feitas pelas vítimas de VD analisadas no presente estudo eram feitos como se o evento não tivesse acontecido com elas. Além disso, as mulheres avaliadas apresentaram dificuldades para lembrar partes importantes da experiência (memória). Observou-se, nos relatos e na escala de experiências dissociativas, a presença de alterações relevantes na percepção do evento traumático, mediante a modificação da noção do tempo e do espaço. Todas essas alterações podem, em parte, estar relacionadas à incapacidade dessas mulheres de elaborar as vivências traumáticas e apresentar medidas efetivas para sair do ambiente nocivo, buscando uma melhor qualidade de vida.

A dissociação peritraumática teria uma função instintiva de proteção e sobrevivência. Em nosso estudo, foi possível observar que as vítimas de VD se paralisam mediante situ-

ações traumáticas, em uma atitude que pode ser confundida com aquiescência. O comportamento de passividade, assim como descrito para os animais, mostra-se como uma estratégia de conservação de energia em tais situações de perigo. Portanto, a paralisação nasce do medo da morte, já que a maioria dessas mulheres é ameaçada de morte e não consegue reagir, e talvez se utilize dessa estratégia de defesa para conservar energia para sobreviver.

O ambiente estressante pode alterar a fisiologia do organismo, que responderá de maneira disfuncional. Em nossa amostra, 76% das vítimas de VD apresentaram grande probabilidade de desenvolver transtorno de estresse pós-traumático. Várias comorbidades estariam potencialmente associadas a esse quadro quando não tratado, por exemplo depressão e outros transtornos de ansiedade. Em estudo envolvendo indivíduos com diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático, foram encontradas experiências dissociativas prévias ao desenvolvimento do transtorno¹⁹. Segundo os autores, essas experiências teriam um papel na patogênese do quadro, sendo, portanto, recomendado o manejo psicoterapêutico desse mecanismo no trabalho com memórias traumáticas¹⁹.

A amnésia dos fatos de extrema intensidade emocional pode estar ligada a altos níveis de atividade noradrenérgica e de glicocorticoides liberados em resposta às experiências traumáticas²⁰. Portanto, a experiência dissociativa também pode estar relacionada à amnésia traumática²¹. Tais mecanismos, tanto da dissociação quanto da amnésia, são relevantes pela incapacidade da vítima de VD de conseguir sair de situações traumáticas e do ambiente violento, o que, por sua vez, agrava as incapacidades da vítima, aumentando as chances de adoecimento físico e mental.

Em nosso estudo, constatamos a gravidade do acometimento mental das vítimas de VD. As mulheres avaliadas apresentaram alta probabilidade de apresentar múltiplas comorbidades psiquiátricas, o que talvez, pelos prejuízos emocionais e cognitivos envolvidos, dificulte a busca de alternativas para sair do ambiente violento e afete sua capacidade de resolução do problema.

Embora nosso estudo possua alguns pontos considerados fracos, como o pequeno número de sujeitos avaliados e o fato de não ter sido realizada uma avaliação psiquiátrica para a confirmação do diagnóstico anterior às vivências de VD, utilizamos escalas de autoaplicação validadas para o português e adaptadas culturalmente, assim como pontos de corte recomendados na literatura. Assim, acreditamos que os resultados aqui descritos nos permitem fazer afirmações sobre a alta probabilidade da presença de comorbidades psicopatológicas em mulheres vítimas de VD.

Conclusão

A VD está associada a graves problemas de saúde mental. Mulheres vítimas de VD têm grande probabilidade de apresentar várias comorbidades psiquiátricas relacionadas à

presença de histórico violento durante a infância e adolescência, conforme observado em mais da metade da população avaliada.

Em nossa amostra, o comprometimento mental também se caracterizou por experiências dissociativas e amnésia das vivências traumáticas, evidenciando prejuízos que provavelmente estavam associados à incapacidade das vítimas de elaborar e sair das situações de VD.

Não podemos afirmar se as patologias e os mecanismos cognitivos observados são causa ou consequência da VD atual. Ambos podem estar presentes desde a infância na maioria dos casos, sendo este um fator de risco ou de maior exposição à VD.

A situação endêmica mundial da VD deve ser melhor explorada do ponto de vista da saúde, de modo que tenhamos mais recursos científicos para lidar com as vítimas e fornecer subsídios a projetos de prevenção da VD.

Referências

1. Amnesty International. (2004). Amnesty International Report 2004 Updates: selected events covering the period from January to April 2004. Disponível em: <http://www.amnesty.org/en/library/asset/POL10/017/2004/en/446b857e-fab3-11dd-b6c4-73b1aa157d32/pol100172004en.pdf>. Acessado 29 mar 2011.
2. Day VP, Telles LEDB, Zoratto PH, Azambuja MRFd, Machado DA, Silveira MB, et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2003;25:9-21.
3. Braga LL, Fiks JP, Mari JJ, Mello MF. The importance of the concepts of disaster, catastrophe, violence, trauma and barbarism in defining posttraumatic stress disorder in clinical practice. *BMC Psychiatry*. 2008;8:68.
4. Brown GW, Craig TK, Harris TO, Handley RV. Parental maltreatment and adulthood cohabiting partnerships: a life-course study of adult chronic depression--4. *J Affect Disord*. 2008;110(1-2):115-25.
5. Carrasco LK. A mulher vítima de violência conjugal: uma perspectiva transgeracional. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2003.
6. Narvaz MK, Koller SH. Famílias, violências e gêneros: desvelando a trama da transmissão transgeracional da violência de gênero. In: Azambuja MJ, Jaeger FP, editors. *Violência, gênero e políticas públicas*. Porto Alegre: Edipucrs; 2004. p. 149-76.
7. Meichenbaum D. Victims of domestic violence (spouse abuse). *Clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD)*. Ontario: Institute Press; 1994. p. 77-91.
8. Rovinski S. Dano psíquico em mulheres vítimas de violência. Rio de Janeiro: Lúmen; 2004.
9. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.
10. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893-7.
11. Berger W, Mendlowicz MV, Souza WF, Figueira I. Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C) para rastreamento de estresse pós-traumático. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2004;26(2):167-75.
12. Fiszman A, Cabizuca M, Lanfredi C, Figueira I. The cross-cultural adaptation to Portuguese of the Trauma History Questionnaire to identify traumatic experiences. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(1):63-6.
13. McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) III: associations with functional impairment related to DSM-IV disorders. *Psychol Med*. 2010;40(5):847-59.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition*. Washington: APA; 1994.
15. Heim C, Nemeroff CB. Neurobiology of posttraumatic stress disorder. *CNS Spectr*. 2009;14(1 Suppl 1):13-24.
16. Heise LP, Pitanguy J, Germain A. *Violence against women. The hidden health burden*. Washington: World Bank; 1994.
17. Miyatake T, Nakayama S, Nishi Y, Nakajima S. Tonically immobilized selfish prey can survive by sacrificing others. *Proc Biol Sci*. 2009;276(1668):2763-7.
18. Janet P (1907). *The major symptoms of hysteria*. New York: Hafner; 1965.
19. Van der Kolk BA, Fisler R. Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *J Trauma Stress*. 1995;8(4):505-25.
20. Hurlmann R, Matusch A, Hawellek B, Klingmuller D, Kolsch H, Maier W, et al. Emotion-induced retrograde amnesia varies as a function of noradrenergic-glucocorticoid activity. *Psychopharmacology (Berl)*. 2007;194(2):261-9.
21. Spiegel D. Evidence of dissociative amnesia. *Psychol Med*. 2007;37(7):1064-5; author reply 1065-7.