

## Perturbações Psicóticas e Conduta Criminal – um contributo empírico

POR

ANA SOFIA CABRAL<sup>(1)</sup>, ANTÓNIO MACEDO DOS SANTOS<sup>(1)</sup>, JOSÉ VALENTE<sup>(1)</sup>, MARIA JOÃO SOARES<sup>(1)</sup>, DUARTE NUNO VIEIRA<sup>(2)</sup>, MARIA HELENA AZEVEDO<sup>(6)</sup>

### Resumo

*Ao longo do tempo, a opinião pública tem-se deparado, com o pesado estereótipo de que a doença mental está intimamente relacionada com a prática de comportamentos violentos. Contudo, estudos recentes mostram que a violência não caracteriza toda e qualquer doença mental e que a criminalidade dos doentes mentais só representa uma pequena proporção da criminalidade geral. Acredita-se que a identificação de factores que sejam preditores de comportamentos violentos nestes doentes não é um simples exercício académico, mas sim um importante meio de orientar e acompanhar o doente mental, promovendo a sua reabilitação e protegendo a sociedade.*

*Surgiu assim o principal objectivo deste estudo: efectuar uma análise comparativa de um conjunto de variáveis demográficas e clínicas numa população de doentes com perturbações psicóticas formada por dois grupos distintos, um com antecedentes de comportamentos criminais e outro sem história prévia de comportamentos criminais, no sentido de compreender quais as características que distinguem os pacientes do primeiro grupo.*

*Nas conclusões finais são discutidas algumas das implicações dos resultados obtidos no desbravar de novos caminhos na interface da doença mental com violência.*

### Abstract

*Over the past few years the public opinion has been consuming the stereotype according to which mental illness is closely related to violent behaviour. However, recent studies have shown that violence does not characterize every mental illness and that criminality among mental health patients represents only but a small proportion of criminality in general.*

*The identification of factors that predict violent behaviour in these patients is currently believed to be not a mere academic exercise, but rather an important means to guide and accompany the patient, promoting his/her rehabilitation and protecting society. Taking the above into account the main objective of this study emerged: to carry out a comparative analysis of a series of demographic and clinical variables, in order to ascertain whether any of them would be discriminating towards patients with schizophrenia, with and without criminal record.*

*In the conclusions we discuss some of the practical implications of the results obtained in this exploration of the interface between mental illness and violence.*

<sup>(1)</sup> Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<sup>(2)</sup> Instituto Nacional de Medicina Legal

### Introdução

A opinião pública, sobretudo a micro-comunidade que se debruça regularmente sobre questões relacionadas com a Saúde Mental, tem-se deparado, ao longo dos anos, com o pesado estereótipo de que a doença mental está intimamente relacionada com a prática de comportamentos violentos. Tal estereótipo acaba por criar um ciclo vicioso que promove a alienação e a discriminação destes doentes e, em última análise, dos seus familiares. Com efeito, se por um lado, é certo que tal assumpção foi de primordial importância para o desenvolvimento das novas leis de Saúde Mental, procurando reabilitar o indivíduo e proteger a sociedade (Monahan, 1992), por outro, a mesma convicção tem também contribuído para a rejeição e isolamento social experimentados frequentemente por estes doentes, para a incapacidade para encontrar trabalho, para os elevados níveis de consumo abusivo de álcool e de substâncias ilícitas e de altas taxas de hospitalização que, em conjunto, reduzem as suas possibilidades de recuperação.

Durante muitos anos, os estudos em torno da epidemiologia da violência na doença mental foram escassos e de questionável consistência e validade científica. A grande maioria dizia respeito à ocorrência de incidentes violentos com indivíduos internados ou institucionalizados por anomalia psiquiátrica, às taxas de criminalidade em indivíduos com antecedentes psiquiátricos e à prevalência de doença mental em indivíduos condenados pela prática de crimes ou aguardando leitura de sentença. Nas últimas décadas foram realizados vários trabalhos, em diferentes países, comparando as taxas de violência e de comportamentos criminais da população em geral com as de indivíduos portadores de doença mental. Uma das grandes questões que se colocava era saber se a doença mental aumentava ou não o risco de violência e/ou de comportamentos criminais. Esta questão torna-se particularmente pertinente nas patologias em que há perda de um juízo crítico da realidade, como na esquizofrenia.

Até há relativamente pouco tempo, muitos autores não aceitavam que pudesse existir uma correlação positiva entre violência e perturbação mental (Cunha, 2003). Taylor (1982, *cit in* Hirsch & Weinberger, 2003) referia que, no início dos anos 80, a evidência para qualquer tipo de associação entre violência e esquizofrenia era equívoca. Assim, e de acordo com aquela autora, seria possível encontrar estudos que suportavam cada uma das seguintes hipóteses: i) os do-

entes com esquizofrenia têm maior probabilidade de se tornarem violentos em relação à população geral; ii) os doentes com esquizofrenia têm igual probabilidade de se tornarem violentos em relação à população geral e iii) os doentes com esquizofrenia têm menor probabilidade de se tornarem violentos em relação à população geral. Por seu lado, Monahan e colaboradores (1983, *cit in* Wessely, 1997) afirmavam que não existiam evidências consistentes de que as taxas de comportamentos violentos nos portadores de doença mental excedessem os valores da população geral, depois de controladas as variáveis demográficas e o passado criminal. Recentemente, estas evidências epidemiológicas têm vindo elucidar esta questão (Angermeyer, 2000; Walsh *et al.*, 2001). Durante a década de 90, um número cada vez mais alargado de estudos veio sugerindo a existência de uma associação entre a doença mental e algumas formas de violência. Contudo, a natureza e magnitude desta mesma associação continua, pelo menos em parte, por esclarecer e, inclusive, alguns estudos recentes mostram ainda resultados bastante contraditórios.

No contexto actual, se por um lado, a maioria dos autores não questiona a existência de uma associação entre psicose e comportamentos violentos (Angermeyer, 2000; Bartaki *et al.*, 2005), por outro, há importantes referências ao facto de se tratar de uma questão complexa e não compatível com abordagens simplistas, que recomendam cautela, e sugerem atenção aos dados reais e uso da razão (Appelbaum, 2006).

Atendendo ao referido progresso e ao aparecimento de novos trabalhos epidemiológicos, Cunha (2003) considera a década de 90 do século transacto como um marco para a investigação na área da Psiquiatria Forense e da Criminologia. É um progresso assinalável pois a capacidade e habilidade dos técnicos de saúde, nomeadamente dos psiquiatras, para predizer a ocorrência de actos de violência não só nos doentes internados, como também nos doentes residentes na comunidade, tem surgido como uma prioridade para a sociedade e para os responsáveis pela governação. Com efeito, acredita-se que a identificação de factores que sejam preditores de comportamentos violentos, indiciando a sua presença uma maior probabilidade de um ataque futuro, poder-se-á revelar de particular importância. Neste caso, a avaliação clínica da perigosidade ou do risco não é um simples exercício académico, mas sim um importante meio de orientar e acompanhar o doente, promovendo a sua reabilitação e protegendo a sociedade.

## Objectivos

O principal objectivo deste estudo era efectuar uma análise comparativa de uma população de doentes com o diagnóstico de perturbação psicótica, formada por dois grupos distintos - um com antecedentes de comportamentos criminais e outro sem história prévia de comportamentos criminais - de modo a verificar se alguma daquelas variáveis apareceria preferencialmente associada a comportamentos violentos.

## Métodos e Amostra

### Instrumentos;

- Ficha de caracterização de variáveis sócio-demográficas e jurídico-penais - construída para recolha de alguns dados deste tipo, usando como fontes de informação os doentes e a consulta dos respectivos processos hospitalares (que, além de informação clínica, contém alguns dados de índole jurídico-penal).

- Versão Portuguesa da *Diagnostic Interview for Genetic Studies (Entrevista Diagnóstica para Estudos Genéticos)* - A Entrevista Diagnóstica para Estudos Genéticos foi o nosso principal instrumento de recolha de dados. Trata-se de uma entrevista semi-estruturada e polidiagnóstica, cujas características e processo de validação à população portuguesa foram descritas noutro trabalho (Azevedo et al., 1993). Destina-se fundamentalmente a registar informação respeitante ao funcionamento e psicopatologia dos indivíduos, com destaque para o que é relevante no estudo das doenças afectivas e esquizofrenia. A avaliação da psicopatologia é efectuada na perspectiva da sua presença ao longo de toda a vida, o que se reveste de grande relevância em investigação psiquiátrica, particularmente àquela que visa aspectos biológicos ou aspectos comportamentais remetidos ao passado.

- *Sistema OPCRIT (Operational Criteria Checklist for Psychotic Illness and Computer Programs)* - Outro dos instrumentos diagnósticos utilizados neste trabalho foi a versão 3.4 do OPCRIT, traduzida para português e utilizada pelo Grupo de Estudos de Genética Psiquiátrica do Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. O sistema OPCRIT foi desenvolvido por McGuffin e colaboradores (1991) a partir da necessidade de um instrumento simples para uma abordagem polidiagnóstica dos distúrbios psicóticos e afectivos, na investigação em psiquiatria. É uma lista de itens,

construída a partir dos critérios operacionais dos principais sistemas classificativos, e respectivo glossário, e provida de um conjunto de programas de computador que permitem a entrada e edição de informação e, subsequentemente, geram os diagnósticos nos vários sistemas classificativos. Este sistema foi já usado em outros estudos na área da Psiquiatria Forense. Com efeito, uma equipa de investigação neste domínio, publicou recentemente os resultados de um estudo prospectivo que visou estimar os factores de risco para os comportamentos violentos nos doentes com esquizofrenia e que recorreu, para avaliação, a algoritmos computadorizados elaborados pelo OPCRIT (Walsh et al., 2004).

### Procedimentos;

- Procedimentos metodológicos

A amostra deste trabalho é formada por dois grupos distintos de indivíduos com o diagnóstico de perturbação psicótica: um grupo de pacientes com antecedentes criminais e um grupo de pacientes sem antecedentes criminais. A colaboração dos doentes foi voluntária, tendo sido obtido um consentimento escrito, após o esclarecimento do enquadramento e objectivos da investigação em causa.

Os indivíduos pertencentes ao grupo com antecedentes criminais (grupo AC) são doentes que se encontram internados em diversas instituições da Região Centro de Portugal, designadamente no Serviço de Inimputáveis do Hospital de Sobral Cid, na Unidade de Inimputáveis Perigosos do Hospital Psiquiátrico do Lorvão e no Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes. Foram incluídos neste estudo indivíduos com diagnóstico psiquiátrico enquadrável no espectro das perturbações psicóticas, internados nas referidas instituições à data da entrevista. Foram excluídos os doentes que apresentavam critérios clínicos de debilidade mental ou deterioração grave e consequente incapacidade para compreenderem o estudo e consentirem de forma esclarecida a participação no mesmo e/ou as perguntas formuladas. Atendendo às suas especificidades, o recrutamento dos doentes foi previamente autorizado pelo Ministério da Justiça Português – Direcção Geral dos Serviços Prisionais. Foram, de seguida, estabelecidos contactos com os responsáveis dos vários serviços e com os respectivos Conselhos de Administração, apresentando os objectivos gerais do estudo e solicitando a consulta e utilização de elementos, relativos aos doentes, constantes dos processos clínicos. A recolha de dados decorreu entre Maio de 2005 e Janeiro de 2006.

O grupo sem antecedentes criminais (grupo s/AC) é constituído por doentes seleccionados de uma amostra mais alargada constituída no âmbito do projecto "Estudo Genético da Esquizofrenia e Distúrbio Afectivo Bipolar" do já referido Grupo de Estudos de Genética Psiquiátrica. Tal projecto recebeu previamente o parecer favorável das Comissões de Ética e Conselhos de Administração das diversas instituições de origem dos doentes. Teve início em 1995 e encontra-se ainda hoje em curso.

#### - Procedimentos diagnósticos

Todos os indivíduos da amostra foram avaliados por entrevista directa, utilizando os instrumentos atrás descritos. De seguida, foi utilizado o procedimento de diagnóstico de consenso (Azevedo *et al.*, 1999), tendo sido então atribuído o diagnóstico final, segundo os sistemas de classificação, DSM III R (APA, 1987) e ICD 10 (WHO, 1993).

#### - Procedimentos estatísticos

Para tratamento dos dados foi usado o *software* - SPSS, versão 13.0. Sendo o objectivo fundamental deste trabalho a comparação de duas sub-amostras de indivíduos, foi efectuado um emparelhamento da amostra. Deste modo, considerámos dois critérios que, no nosso entender, nos possibilitavam a constituição de dois grupos estruturalmente semelhantes: o diagnóstico dos pacientes estudados, segundo a DSM III R, e o género dos indivíduos. Assim, seleccionámos de entre os indivíduos sem história criminal todos os que possuíam o mesmo diagnóstico indicado para os 43 sujeitos com antecedentes criminais por nós entrevistados. Destes, escolhemos aleatoriamente, recorrendo ao *software* atrás mencionado, 5 do género feminino e 38 do género masculino.

Após este procedimento, iniciámos a análise dos dados, efectuando o estudo comparativo dos dois grupos, partindo a nível descritivo do cálculo das médias e desvios padrão para todas as variáveis numéricas e frequências e percentagens para todas as variáveis categoriais, nominais e ordinais (Howell, 2006; Reis, 2000).

#### Amostra

A amostra desta investigação é constituída por 86 indivíduos com diagnósticos do espectro das perturbações psicóticas, sendo 50% (n=43) dos pacientes com antecedentes criminais (grupo AC) e 50% (n=43) dos pacientes sem antecedentes criminais (grupo s/AC).

Na distribuição por género, os dois grupos são iguais, uma vez que esta foi uma variável emparelhada. Assim, em ambos os grupos encontramos 38 indivíduos do sexo masculino (88.4%) e 5 do sexo feminino (11.6%).

No que respeita à idade à data do diagnóstico de esquizofrenia, no grupo com antecedentes criminais observamos que esta varia entre 13 e 45 anos, com a média a situar-se nos 23.69 (dp=7.31), enquanto no grupo sem antecedentes criminais varia entre os 15 e 50 anos, sendo o valor médio de 22.12 (dp=6.61) (Quadro 1). A diferença de médias não é estatisticamente significativa. Esta média de idades não nos surpreende, tendo em conta que a doença se inicia habitualmente na fase final da adolescência ou no início da idade adulta. Apesar da diferença na média de idades entre os dois grupos ser mínima, é de referir que os nossos resultados diferem de outros estudos em que se verificaram idades mais baixas para os doentes com antecedentes criminais (Frésan *et al.*, 2004).

Relativamente ao estado civil, não existiam diferenças significativas entre os grupos ( $\chi^2 = 4.290$ ;  $p = .368$ ). À data da entrevista, verificamos que a maioria dos indivíduos, em ambos os grupos, é solteira (grupo AC: n=31; 72.0% - grupo s/AC: n=32; 76.2%), o que seria de esperar no âmbito desta patologia. Por outro lado, no primeiro grupo, o segundo estado mais representado é o de divorciado (n=6; 13.9%), enquanto no segundo grupo é o de casado (n=5; 11.9%), o que pode reflectir as rupturas a nível familiar relacionadas com os crimes cometidos. Apesar de não dispormos de informação relativa ao estado civil prévio ao comportamento violento, refira-se que alguns autores consideram esta variável como altamente preditiva de violência (Frésan *et al.*, 2005; Martin *et al.*, 2000).

Quadro 1. Mínimo, máximo, média e desvio-padrão (dp) da idade à data do diagnóstico dos dois grupos da amostra. Teste t de Student para verificação de diferenças.

	N	Mínimo	Máximo	Média	dp	t	p
Grupo AC	42 <sup>1</sup>	13	45	23.69	7.31	1.042	.300
Grupo s/AC	43	15	50	22.12	6.61		

(<sup>1</sup>)Num dos indivíduos não nos foi possível apurar a idade à data do diagnóstico.

No que toca ao grau de habilitações literárias, os dois grupos também não diferem de modo estatisticamente significativo. O baixo índice de escolaridade verificado poderá estar relacionado não só com a própria patologia do doente, frequentemente origem de *deficits* cognitivos e dificuldades de aprendizagem, mas também com o grau de envelhecimento da nossa amostra. Poderá ainda ser consequência do baixo estrato social da maioria da amostra. Será de notar que licenciados ou a frequentar o ensino superior encontramos apenas 4 pacientes, que são na sua totalidade do grupo sem antecedentes criminais.

Os diagnósticos apresentados variaram, ainda que de forma pouco expressiva, de acordo com o sistema classificativo: DSM-III R (APA, 1987) e CID-10 (OMS, 1992), Porém, as diferenças de diagnóstico entre os grupos mais uma vez não se revelaram estatisticamente significativas o que, aliás, era de esperar pois, no emparelhamento dos dois grupos em análise, o diagnóstico foi uma das variáveis consideradas (Quadro 2 e 3).

**Resultados**

**Ajustamento ao trabalho pré-mórbido**

Ao comparar o *ajustamento ao trabalho pré-mórbido* e o *ajustamento social pré-mórbido* as diferenças não se revelaram estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 1.848$ ;  $p = .397$ ), inclusivamente quando foram retirados os doentes cuja informação não foi possível recolher.

Em relação à presença de *história familiar de esquizofrenia*, as diferenças entre os dois grupos revelaram-se estatisticamente significativas ( $p = .039$ ). No grupo com antecedentes criminais, 37.2% “não possui” história de esquizofrenia, aumentando esta percentagem para 51.2% no grupo sem antecedentes. Uma explicação possível é a de que a presença de um outro familiar com esquizofrenia pode aumentar a disfunção e a instabilidade do agregado, funcionando como indutor de comportamentos violentos. Por outro lado, é de realçar que num número significativo de doentes (47%) se desconhecia a existência de história familiar de esquizofrenia, e que uma maioria signifi-

Quadro 2. Distribuição dos dois grupos da amostra por diagnóstico DSM-III R (APA, 1987). Teste de Fisher para verificação das diferenças.

Diagnóstico DSM-III R	Grupo AC		Grupo s/AC		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Provável esquizoafectiva	2	4.7	-	-	2	2.3	
Esquizofrenia	41	95.3	43	100.0	84	97.7	.494
Total	43	100.0	43	100.0	86	100.0	

Quadro 3 Distribuição dos dois grupos da amostra por diagnóstico ICD 10 (WHO, 1992). Teste de qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para verificação das diferenças.

Diagnóstico CID 10	Grupo AC		Grupo s/AC		Total		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%		
Esquizofrenia paranóide	5	11.6	2	4.7	7	8.1		
Esquizofrenia indiferenciada	35	81.4	41	95.3	76	88.4		
Distúrbios psicóticos não orgânicos	1	2.3	-	-	1	1.2	4.759	.190
Perturbação esquizoafectiva tipo depressivo	2	4.7	-	-	2	2.3		
Total	43	100.0	43	100.0	86	100.0		

cativa destes doentes pertence ao grupo com antecedentes criminais (55.8%) (Quadro 4).

#### Distúrbio formal do pensamento

Apesar de alguns dos autores referirem que *distúrbio formal do pensamento* (quer positivo, quer negativo) têm sido associados, em doentes crónicos, a um pior prognóstico (Cunha, 2003), a diferença na sua frequência, quer ao nível de alterações positivas, quer negativas, nos dois grupos não se revelou estatisticamente significativa (Distúrbio formal do pensamento positivo –  $\chi^2=6.810$ ;  $p=.078$ ; Distúrbio formal do pensamento negativo –  $\chi^2=1.013$ ;  $p=.603$ )

#### Alterações afectivas

No que diz respeito a alterações afectivas, havia diferenças significativas na *restrição do afecto*. No grupo com antecedentes criminais verificou-se uma maior permanência temporal da restrição do afecto, manifestando-se por períodos de tempo mais longos ( $p=.001$ ). Relativamente ao *embotamento afectivo* e ao *afecto inapropriado* não se verificaram diferenças significativas. É de admitir que a restrição afectiva possa facilitar comportamentos violentos, na medida em que as respostas emocionais do doente estão limitadas na sua amplitude, podendo transparecer a impressão de “indiferença maliciosa” ou “falta de contacto”.

#### Delírios

Quanto às características dos delírios destacamos cinco variáveis com significância estatística na comparação dos dois grupos. Os *delírios de referência*, mais frequentes e persistentes no grupo com antecedentes criminais, facto que é facilmente explicável se atendermos a que estes traduzem um significado especial, frequentemente de natureza persecutória, que os acontecimentos, objectos ou pessoas têm para o do-

ente. Os *delírios sistematizados*, que se manifestam, não só como mais frequentes, mas também mais persistentes, no grupo com antecedentes criminais, o que pode ser explicado se considerarmos que quanto mais organizado ou sistematizado é um delírio, maior será a sua plausibilidade para o doente e, portanto, maior a probabilidade de interferir e ter consequências práticas nos seus comportamentos. Os *delírios bizarros*, que embora não sejam apresentados pela maioria dos entrevistados nos dois grupos, estão presentes no grupo com antecedentes criminais em 16.3% dos sujeitos durante mais de um mês e em 2.3% durante menos de um mês, sendo menos persistentes no grupo sem antecedentes criminais. A comparação dos dois grupos relativamente aos *delírios generalizados* permitiu-nos observar, de igual forma, uma maior persistência no grupo com antecedentes criminais. Tais resultados eram esperados de acordo com a definição de delírios espalhados, assumidos como aqueles que se alastram à maioria dos aspectos da vida do doente e/ou o preocupam durante a maior parte do tempo. Nos *delírios de controlo*, verificou-se uma distribuição diferente da ocorrência deste sintoma: no grupo com antecedentes criminais, 44.2% nunca os manifestaram e 41.9% revelaram episódios com duração superior a um mês. No grupo sem antecedentes criminais, apenas 32.6% indivíduos nunca apresentaram este tipo de delírios, mas também apenas 23.2% os manifestaram durante mais de um mês (Quadro 5).

Quanto à existência de *delírios persecutórios*, os grupos possuem um comportamento semelhante, tendo sido detectado este sintoma na quase totalidade dos entrevistados ( $\chi^2=2.000$ ;  $p=.368$ ). Partindo de alguma da literatura disponível, seria de esperar uma associação privilegiada com o grupo com antecedentes criminais, sendo comumente aceite que a prática de actos violentos está relacionada com crenças inabaláveis e irredutíveis de que se está a ser ameaçado,

Quadro 4 Distribuição dos dois grupos da amostra de acordo com a existência de história familiar de esquizofrenia. Teste de qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para averiguar as diferenças.

História familiar de esquizofrenia	Grupo AC		Grupo s/AC		Total		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%		
Possui	3	7.0	8	18.6	11	12.8	6.490	.039
Não possui	16	37.2	22	51.2	38	44.2		
Desconhecido	24	55.8	13	30.2	37	43.0		
Total	43	100.0	43	100.0	86	100.0		

Quadro 5. Distribuição dos dois grupos da amostra por níveis de delírios de referência, delírios bem sistematizados, delírios bizarros, delírios generalizados e delírios de controlo

	Grupo AC		Grupo s/AC		Total		$\chi^2$	P
	N	%	N	%	N	%		
<b>Delírios de referência</b>								
Mais de um mês	32	74.4	16	37.2	48	55.8	12.593	.006
Menos de um mês	7	16.3	20	46.5	27	31.4		
Não existe	3	7.0	6	14.0	9	10.5		
Desconhecido	1	2.3	1	2.3	2	2.3		
Total	43	100.0	43	100.0	86	100.0		
<b>Delírios bem sistematizados</b>								
Mais de um mês	30	69.8	17	39.6	47	54.7	13.462	.004
Menos de um mês	8	18.6	12	27.9	20	23.3		
Não existe	2	4.6	13	30.2	15	17.4		
Desconhecido	3	7.0	1	2.3	4	4.6		
Total	43	100.0	43	100.0	86	100.0		
<b>Delírios bizarros</b>								
Mais de um mês	7	16.3	4	9.3	11	12.8	9.124	.028
Menos de um mês	1	2.3	10	23.2	11	12.8		
Não existe	31	72.1	27	62.8	58	67.4		
Desconhecido	4	9.3	2	4.7	6	7.0		
Total	43	100.0	43	100.0	86	100.0		
<b>Delírios generalizados</b>								
Mais de um mês	30	69.8	19	44.2	49	57.0	10.969	.012
Menos de um mês	7	16.3	21	48.8	28	32.6		
Não existe	1	2.3	-	-	1	1.2		
Desconhecido	5	11.6	3	7.0	8	9.2		
Total	43	100.0	43	100.0	86	100.0		
<b>Delírios de controlo</b>								
Mais de um mês	18	41.9	10	23.2	28	32.6	9.808	.020
Menos de um mês	4	9.3	13	30.2	17	19.8		
Não existe	19	44.2	14	32.6	33	38.4		
Desconhecido	2	4.6	6	14.0	8	9.2		
Total	43	100.0	43	100.0	86	100.0		

prejudicado, perseguido ou controlado por terceiros. Esta divergência pode ter várias explicações, apontando para a necessidade de uma confirmação prévia em amostra mais alargada.

No que respeita ao humor delirante e ideias delirantes não referidas até agora, considerámo-los dentro da categoria *outros delírios primários* e as suas diferenças revelaram-se estatisticamente significativas. Se considerarmos esta variável numa perspectiva ordinal, verificamos a não existência de diferenças estatisticamente significativas, o que nos permite dizer que estamos apenas perante uma distribuição diferente dos níveis de outros delírios primários nos dois grupos (quando incluímos ou excluimos a categoria desconhecido) e não podemos assumir qualquer ordem nestas diferenças (Quadro 6).

Ao nível das variáveis *inserção* e *roubo do pensamento* verificamos que a maioria da amostra não apresenta estes sintomas. De referir que se observa uma tendência para maior persistência da inserção do pensamento no grupo com antecedentes criminais. No entanto, as diferenças de distribuição de ambos os sintomas nos dois grupos não são estatisticamente significativas. Quanto à *difusão do pensamento*, é possível observar que a sua ocorrência é mais frequente no grupo sem antecedentes criminais. Este resultado, estatisticamente significativo ( $p=.003$ ), não está em consonância com os encontrados em estudos anteriores, o que pode sugerir tratar-se de uma característica particular da nossa amostra. Em futuras investigações, dever-se-á investir na compreensão deste fenómeno, tanto mais que na análise da difusão do pensamento como variável ordinal estas diferenças não permanecem estatisticamente significativas ( $p=.639$ ). Este dado pode significar que as diferenças não estão relacionadas com intensidade do sintoma. A avaliação realizada acerca da existência de *eco do pensamento* não encontrou diferenças estatisticamente significativas.

#### Alterações da senso-percepção

No que respeita a alterações da senso-percepção, sob a forma de alucinações auditivas, assinala-se a dificuldade em obter informação junto dos entrevistados acerca da presença de *alucinações auditivas na terceira pessoa* (48.8% do total da amostra), de *vozes insultuosas, acusatórias e persecutórias* (27.9% do total da amostra) e de *vozes comentadoras da actividade* (22.1% da amostra). Tais valores dificultam a interpretação dos resultados, no entanto, gostaríamos de salientar alguns aspectos que nos parecem importantes. Relativamente à presença de *vozes comentadoras da actividade*, são os pacientes com antecedentes criminais os que manifestam este sintoma durante um período maior de tempo, sendo a diferença estatisticamente significativa ( $p=.003$ ). Relativamente ao relato de *vozes insultuosas, acusatórias e persecutórias* observa-se de novo uma menor frequência mas maior persistência no grupo com antecedentes criminais, também com significância estatística ( $p=.029$ ). Uma interpretação possível para estes dois resultados pode ser a de que o carácter prolongado das alucinações, ao promover a familiaridade com as vozes, possa determinar a prática de comportamentos violentos pois, de acordo com alguns dos autores referidos, os doentes tendem a obedecer a vozes que lhes sejam familiares. Ainda em relação às *vozes insultuosas, acusatórias e persecutórias*, de referir que são aquelas em que a associação com o grupo com antecedentes criminais é facilmente compreensível e explicável. Com efeito, o tom insultuoso, acusatório e até mesmo persecutório que estas vozes podem assumir é, por vezes, segundo alguns autores, responsável por comportamentos violentos subsequentes. Ainda neste contexto é de lamentar que o sistema OPCRIT não especifique *vozes de comando*, pois seria interessante estabelecer uma análise comparativa da sua presença nos dois grupos (Quadro 7).

Quadro 6 Distribuição dos dois grupos da amostra por níveis de outros delírios primários.

Outros delírios Primários	Grupo AC		Grupo s/AC		Total		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%		
Mais de um mês	20	46.5	13	30.2	33	38.4		
Menos de um mês	5	11.6	14	32.6	19	22.1		
Não existe	15	34.9	8	18.6	23	26.7	10.151	.017
Desconhecido	3	7.0	8	18.6	10	12.8		
Total	43	100.0	43	100.0	86	100.0		



Quadro 7. Distribuição dos dois grupos da amostra por níveis de alucinações auditivas na terceira pessoa, níveis de vozes insultuosas, acusatórias e persecutórias e níveis de vozes comentadoras da actividade.

	Grupo AC		Grupo s/AC		Total		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%		
<b>Alucinações auditivas na terceira pessoa</b>								
Mais de um mês	6	14.0	3	7.0	9	10.5		
Menos de um mês	1	2.3	6	14.0	7	8.1		
Não existe	19	44.2	9	20.9	28	32.6	9.667	.022
Desconhecido	17	39.5	25	58.1	42	48.8		
Total	43	100.0	43	100.0	86	100.0		
<b>Vozes insultuosas, acusatórias e persecutórias</b>								
Mais de um mês	13	30.2	9	20.9	22	25.6		
Menos de um mês	3	7.0	10	23.3	13	15.1		
Não existe	18	41.9	9	20.9	27	31.4	8.997	.029
Desconhecido	9	20.9	15	34.9	24	27.9		
Total	43	100.0	43	100.0	86	100.0		
<b>Vozes comentadoras da actividade</b>								
Mais de um mês	17	39.5	4	9.3	21	24.4		
Menos de um mês	6	14.0	16	37.2	22	25.6		
Não existe	13	30.2	11	25.6	24	27.9	14.076	.003
Desconhecido	7	16.3	12	27.9	19	22.1		
Total	43	100.0	43	100.0	86	100.0		

Nas *alucinações auditivas do tipo não afectivas*, considerada como qualquer outro tipo de alucinação auditiva, incluindo vozes agradáveis ou neutras e alucinações não verbais, verificamos que as diferenças são significativas, assim continuando mesmo quando excluídos os 4 casos em que não dispomos da informação e consideramos a variável como ordinal. À semelhança de resultados anteriores, também este parece expressar uma maior permanência deste sintoma nos sujeitos do grupo com antecedentes criminais, havendo uma menor frequência no grupo sem antecedentes criminais. Relativamente às *alucinações não afectivas de qualquer modalidade*, incluímos alucinações nas quais o conteúdo não tem relação aparente

com elação ou depressão e, as diferenças revelaram-se também estatisticamente significativas. Podemos retirar o mesmo significado quando comparamos os grupos relativamente a este tipo de alucinações e consideramos apenas três níveis permitindo-nos afirmar que os indivíduos do grupo com antecedentes criminais manifestam esta sintomatologia por tempos mais prolongados (Quadro 8).

#### Abuso/dependência de substâncias

Em relação ao *abuso ou dependência de álcool*, observámos que 32.6% indivíduos do grupo com antecedentes criminais cotavam neste item enquanto que 62.7% não têm indicação de ocorrência deste

Quadro 8. Distribuição dos dois grupos da amostra por níveis de outras alucinações auditivas (não afectivas) ou níveis de alucinações não afectivas de qualquer modalidade no grupo AC e grupo s/AC.

	Grupo AC		Grupo s/AC		Total		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%		
Outras alucinações auditivas (não afectivas)								
Mais de um mês	22	51.2	9	20.9	31	36.0	13.925	.003
Menos de um mês	8	18.6	24	55.7	32	37.2		
Não existe	11	25.6	8	18.8	19	22.1		
Desconhecido	2	4.7	2	4.6	4	4.7		
Total	43	100.0	43	100.0	86	100.0		
Alucinações afectivas de qualquer modalidade								
Mais de um mês	25	58.1	12	27.9	37	43.0	14.425	.002
Menos de um mês	9	20.9	26	60.4	35	40.7		
Não existe	7	16.3	3	7.0	10	11.6		
Desconhecido	2	4.7	2	4.7	4	4.7		
Total	43	100.0	43	100.0	86	100.0		

comportamento, e que no grupo sem antecedentes criminais estes valores eram, respectivamente, 18.6% e 76.7%, diferenças que não se revelaram estatisticamente significativas ( $\chi^2$  2.236;  $p=.327$ ). Tais resultados colidem, pelo menos em parte, com a maioria da literatura existente, uma vez tem sido amplamente sugerido que a esquizofrenia com história de abuso comórbido de substâncias, designadamente álcool, tem maior risco de violência comparativamente ao grupo de doentes sem esta co-morbilidade (Swanson *et al.*, 1990; Tiihonen *et al.*, 1997; Wallace *et al.*, 1998).

Quanto ao *abuso de substâncias ilícitas*, 30.1% dos pacientes do grupo com história criminal e 20.9% do grupo sem história criminal revelaram ter tido comportamentos de abuso ou dependência destas substâncias. No entanto, as diferenças não são estatisticamente significativas ( $p=.459$ ). Também aqui os nossos resultados colidem com a literatura existente, que refere que a co-morbilidade com as drogas aumenta em muito a prevalência de violência num doente mental. Admitimos que a discrepância entre os dados por nós obtidos e os resultados referidos na literatura possa estar relacionada com aspectos metodológicos, nomeadamente, com o facto dos nossos dados serem baseados em auto-informações.

#### Curso da doença

A distribuição dos pacientes pelos níveis de *curso da doença* revela uma distribuição muito semelhante em ambos os grupos pelo que as diferenças não se apresentaram como estatisticamente significativas. Independentemente do curso da doença, a maioria dos pacientes da nossa amostra apresentavam prejuízo ou incapacidade durante o distúrbio. Tal parece-nos compreensível, atendendo a que a esquizofrenia pode evoluir de várias formas mas, habitualmente, há uma trajectória que é complicada, quer por um surto, quer por uma deterioração mais ou menos profunda (Abreu *et al.*, 1992). Assim, não é de admirar que todos os pacientes do grupo sem antecedentes criminais e 41 do grupo com antecedentes criminais (95.3%) tenham apresentado deterioração relativamente ao *funcionamento pré-mórbido*. As diferenças não são estatisticamente significativas ( $\chi^2$  .083  $p=.773$ ).

#### Resposta aos neurolépticos

Por fim, é de referir que na resposta aos neurolépticos a distribuição dos indivíduos pelas categorias é igual nos dois grupos: 41 (95.34%) possui resposta positiva, 1 (2.33%) não possui resposta positiva e 1 (2.33%) desconhecemos ( $p=1.00$ ). Estes dados, ao su-

portarem a conclusão de que a resposta à medicação anti-psicótica é comparável e favorável em ambos os grupos, confirmam a psicofarmacologia como um meio indispensável na prevenção da violência nos doentes com esquizofrenia.

### Conclusões

Do conjunto de variáveis analisadas, a maioria das que apresentam diferenças estatisticamente significativas, entre os dois grupos em comparação, são de carácter clínico ou psicopatológico. Ao contrário de outros estudos, não encontramos uma associação relevante entre factores de ordem sócio-demográfica e a existência de antecedentes de violência. Esta discrepância pode dever-se a diferenças metodológicas, relacionadas com a diversidade dos instrumentos utilizados na avaliação. De qualquer modo, conforme foi sublinhado recentemente no *XIII World Congress on Psychiatric Genetics*, Boston, USA (2005), os investigadores devem ser encorajados a publicarem igualmente os seus resultados negativos, para uma

melhor análise crítica e compreensão da literatura disponível sobre o assunto. É também de admitir que tais diferenças estejam associadas a outras limitações metodológicas do nosso estudo. Com efeito, há a referir, entre outras, o facto da recolha dos dados sócio-demográficos estar dependente de fontes nem sempre disponíveis ou esclarecedoras, ao contrário dos dados clínicos, avaliados através da DIGS; o reduzido número de sujeitos da nossa amostra; e ainda o facto da avaliação *lifetime* poder diluir as diferenças entre as duas sub amostras, o que poderá ser minimizado abreviando o intervalo entre o momento da prática do crime e o momento da avaliação.

No entanto, e a corresponderem à realidade, os nossos resultados vêm reforçar a recomendação de um trabalho recente de Swanson e colaboradores (2006), segundo o qual deve atender-se primordialmente à valorização dos aspectos clínicos (para além dos factores sócio-demográficos) na avaliação e abordagem da violência num doente com esquizofrenia.

### Referências bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edition revised, Washington DC: American Psychiatric Association.
- ANGERMEYER, M. (2000). Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (407): 63-67.
- APPELBAUM, P. (2006). Violence and Mental Disorders: Data and Public Policy. *The American Journal of Psychiatry*, 163 (8): 1319-1321.
- AZEVEDO, M.; SOARES, M.; COELHO, I.; DOURADO, A.; VALENTE, J.; MACEDO, A.; PATO, M. & PATO, C. (1999): Using consensus OPCRIT diagnosis. An efficient procedure for best estimate life-time diagnosis. *British Journal of Psychiatry*, 175: 154-157.
- CUNHA, S. (2003). *Esquizofrenia e Crime. Contributo para o estudo da agressividade dos Inimputáveis Perigosos* (dissertação de mestrado não publicada). Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- HIRSCH, S. & WEINBERGER, D. (2003). *Shizophrenia* (2<sup>nd</sup> edition). London: Blackwell Publishing.
- HOWELL, D. (2006). *Statistical methods for psychology* (6th ed.). USA: Thomson Wadsworth.
- MCGUFFIN, P.; FARMER, A. & HARVEY (1991). A polydiagnostic application of operational criteria in studies of psychotic illness: development and reliability of the OPCRIT system. *Archives of General Psychiatry*, 48: 764-770.
- MCGUFFIN, P.; FARMER A & WILLIAMS, J. (1998). Operational Criteria (OPCRIT) Checklist – Versão 3.4
- MONAHAN, J. (1992). Mental Disorder and Violent Behaviour: Perceptions and Evidence. *American Psychologist*, 47 (4), 511-521.
- REIS, E. (2000). *Estatística descritiva* (5<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- SWANSON, J.; HOLZER III, C.; GANJU, V. & JONO, R. (1990). Violence and Psychiatric Disorder in the Community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41 (7): 761-770.
- SWANSON, J.; VAN DORN, R.; MONAHAN, J. & SWARTZ, M. (2006). Violence and Leveraged Community Treatment for Persons With Mental Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 163 (8): 1404-1411.

- TIHONEN, J.; ISOHANNI, M.; RÄSÄNEN, P.; KOIRANEN, M. & MORING, J. (1997). Specific Major Mental Disorders and Criminality: A 26-Year Prospective Study of the 1966 Northern Finland Birth Cohort. *The American Journal of Psychiatry*, 154 (6): 840-845.
- VALENTE, J.; MACEDO, A.; DOURADO, A.; COELHO, Í. & AZEVEDO, M. (1994). Diagnóstico Psiquiátrico na investigação: abordagem polidiagnóstica. *Psiquiatria Clínica* 15 (3), 131-135.
- VIEIRA, F. (2002). A Violência na sua Interface Jurídico-Psiquiátrica. In Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, *Direito da Medicina – I* (pp. 53 – 163. Coimbra: Coimbra Editora.
- WALLACE, C.; MULLEN, P.; BURGESS, P.; PALMER, S.; RUSCHENA, D. & BROWNE, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *The British Journal of Psychiatry*, 172 (6): 477-484.
- WALSH, E.; BUCHANAN, A. & FAHY, T. (2002). Violence and schizophrenia: examining the violence. *The British Journal of Psychiatry*, 180: 490-495.
- WALSH, E.; GILVARRY, C.; SAMELE, C.; HARVEY, K.; MANLEY, C.; TYRER, P.; CREED, F.; MURRAY, R. & FAHY, T. (2001). Reducing violence in severe mental illness: randomised controlled trial of intensive care management compared with standard care. *British Medical Journal*, 323, 1093-1096.
- WALSH, E.; GILVARRY, C.; SAMELE, C.; HARVEY, K.; MANLEY, C.; TATTAN, T.; TYRER, P.; CREED, F.; MURRAY, R. & FAHY, T. (2004). Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophrenia Research*, 67, 247-252.
- WESSELY, S. (1997). The Epidemiology of Crime, Violence and Schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 170 (32): 8-11.
- WILLIAMS, J.; FARMER, A. & ACKENHEIL, M. (1996). A multicentre inter-rater reliability study using the OPCRIT computerized diagnostic system. *Psychological Medicine*, 26: 775-783.
- WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1993). International Classification and Diagnosis – 10<sup>th</sup> edition. Switzerland.