

Da Doença Mental à Violência

From Illness to Violent Behaviour

Resumo/Abstract

Os comportamentos violentos no âmbito da doença mental têm sido motivo de intenso debate e crescente investigação. A complexidade da questão e a sua importância clínica e social moveram-nos na elaboração do presente artigo, com o qual pretendemos, a partir de uma revisão da literatura existente, a contextualização daquela relação à luz dos actuais conhecimentos científicos.

Palavras - chave: Doença mental, Violência, Factores de risco, Prevenção

Violent behaviour in mental illness has been subject of passionate debate and research. The complexity of the topic and its clinical and social relevance moved us in the preparation of this article which aims a review of existing literature and the contextualization of this relationship in the light of current scientific knowledge.

Key - words: Mental Illness, Violence, Risk factors, Prevention

Ana Sofia Cabral

Interna de Psiquiatria nos Hospitais da Universidade de Coimbra.
Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
Mestre em Medicina Legal e Ciências Forenses, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Correspondência com o artigo:
e-mail: anaprimocabral@hotmail.com

António Macedo

Professor Agregado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
Assistente Hospitalar de Psiquiatria nos Hospitais da Universidade de Coimbra

Duarte Nuno Vieira

Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
Presidente do Instituto Nacional de Medicina Legal.

Considerações gerais

Durante muitos anos, os estudos sobre violência na doença mental foram escassos e de questionável consistência 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, ou à prevalência de doença mental em indivíduos já integrados por crime no sistema judicial. Questões essenciais como o risco de violência em doentes mentais residentes na comunidade, a contribuição de factores socio-económicos, ou quais os sintomas e tipos de psicopatologia mais associados a comportamentos violentos, eram questões que permaneciam sem resposta.

Até há pouco tempo, muitos autores não aceitavam que pudesse existir uma correlação positiva entre violência e perturbação mental[1]. Taylor referia, no início dos anos 80, que eram equívocas as evidências de qualquer associação entre violência e esquizofrenia[2] e, acrescentava, seria possível encontrar estudos que, em relação à população geral, suportavam cada uma das diferentes hipóteses: I) os doentes com esquizofrenia têm maior probabilidade de se tornarem violentos; II) os doentes com esquizofrenia têm igual probabilidade de se tornarem violentos e III) os doentes com esquizofrenia têm menor probabilidade de se tornarem violentos. Por seu lado, Monahan e colaboradores (cit in Wessely) afirmavam não existir evidência 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[3].

Entretanto, novas evidências epidemiológicas têm vindo a elucidar esta questão[4,5,6,8] e um número cada vez mais alargado de estudos tem demonstrado que é real a associação entre a doença mental e algumas formas de violência. A esse propósito, Cunha considera a década de 90 do século transacto como um marco para a investigação na área da Psiquiatria Forense e da Criminologia[1]. Apesar desses progressos, a natureza e magnitude da associação entre doença mental e violência continuam por esclarecer em todos os seus aspectos e algumas questões metodológicas têm permanecido controversas.

Num trabalho publicado em 2002, Walsh e colaboradores procuraram analisar, numa perspectiva crítica, as evidências epidemiológicas de associação entre esquizofrenia e violência e estimar o seu impacto na sociedade[6]. Verificaram que a maioria dos estudos confirmavam a associação entre violência e esquizofrenia, mas lançaram um alerta para algumas dificuldades e falhas deste tipo de investigação. Com efeito, antes de 1990 a maioria dos estudos eram metodologicamente inadequados, com diferentes critérios de violência e de diagnóstico, e as populações estudadas muito heterogéneas. Vieira, também em 2002, afirmava que estudar a relação entre doença mental

e violência não é um objectivo simples e toda a investigação nesta área sofre de problemas metodológicos que resultam em conclusões discutíveis[7]. Assim, se por um lado a maioria dos autores não questiona hoje a existência de uma associação entre psicoses e comportamentos violentos[4,9], por outro, há a reiterada referência ao facto de se tratar de uma questão complexa e não compatível com abordagens simplistas[10].

Factores de risco

São da década de 80 os primeiros trabalhos relevantes sobre os factores de risco para eventuais actos de violência num doente do foro psiquiátrico, nomeadamente num doente psicótico.

Um dos pioneiros nestes estudos, Convit, avaliou dois subgrupos de doentes esquizofrénicos em regime de internamento - um grupo com comportamentos de violência durante a permanência hospitalar e outro grupo sem este tipo de comportamentos[11] - e identificou como relevantes a presença de lesões neurológicas, história criminal prévia, antecedentes de comportamentos parassuicidários e ambiente familiar disfuncional na infância. A partir dessas conclusões, o autor desenvolveu um modelo estatístico preditor da maior probabilidade de um doente esquizofrénico se tornar agressivo nos primeiros três meses após a admissão, alertando no entanto para a importância das variáveis ambientais e circunstanciais na construção de um modelo desse tipo globalmente compreensivo. Este trabalho sintetiza várias das que continuaram a ser as preocupações dos investigadores: a comparação entre grupos homogéneos de doentes, a definição de um conjunto de variáveis de estudo e a construção de modelos preditivos.

A investigação centrada nos aspectos socio-demográficos prosseguiu e, em 1990, Swanson salientava o facto de indivíduos com o mesmo diagnóstico se comportarem de forma diferente de acordo com determinadas características que considerou preditivas de comportamentos violentos[12]: o sexo masculino, a idade jovem, baixo estatuto socio-económico e o abuso co-mórbido de substâncias.

Foi ainda no início da década de 90, que Blomhoff e o seu grupo de investigação realçaram a importância de aprofundar o estudo para a predição de actos de violência na área das variáveis clínicas e não no campo das demográficas, como até aí vinha habitualmente a ser feito[13]. A reorientação daí decorrente, permitiu em 2004 a constatação, por Abu-Akel

& Abushua'leh, de que múltiplos estudos recentes tinham chegado a quadros explicativos da violência na esquizofrenia com base em três novos pilares: (1) a presença de sintomas psicóticos, (2) comorbilidade com o abuso de álcool, e (3) existência de psicopatia e personalidades anti-sociais[14].

Uma terceira linha de preocupações viria mais tarde a juntar-se à investigação socio-demográfica e clínica. Em 1997, Volavka e a sua equipa, partindo da constatação de que a informação disponível sobre padrões e correlatos do comportamento violento em indivíduos com esquizofrenia estava quase limitada a populações dos países desenvolvidos, procuraram estender a análise do fenómeno através de um *setting* multinacional[15]. Numa amostra de 1017 esquizofrénicos de diferentes países, verificaram que a taxa de violência era três vezes maior nos países em vias de desenvolvimento do que nos países desenvolvidos, e que estava associada a sintomas positivos, nomeadamente alucinações auditivas, e a consumo abusivo de álcool. Os autores terminam concluindo que também o contexto cultural, para além das características individuais da doença, podem participar no comportamento violento em indivíduos com esquizofrenia

Consideremos, isoladamente, algumas das variáveis acima referidas.

Factores de risco sócio-demográficos

Género - Alguns estudos sustentam a relação entre comportamento violento e género nos pacientes com esquizofrenia[16,17]. Monahan (*cit in Blumenthal & Lavender*) afirma que 90% dos actos violentos são cometidos por homens[18]. Eronen e colaboradores, avaliando os registos de 693 homicidas na Finlândia, calcularam que o diagnóstico de esquizofrenia estava associado a um risco de homicídio 8 vezes superior para os homens e 6.5 para as mulheres[19]. Para Cunha, estes dados devem ser interpretados tendo em atenção que, na população em geral, o risco de uma mulher cometer um homicídio é muito inferior ao do homem[1]. E outros estudos, de facto, não evidenciam uma diferença de género na prevalência de condutas violentas[20].

Idade - Os resultados de vários estudos sugerem que a violência no doente esquizofrénico possa estar associada a idades mais jovens[14,15]. No entanto, alguns autores verificaram que, quando comparados com indivíduos considerados saudáveis, a idade média dos agressores com antecedentes psiquiátricos é superior[18].

Nível sócio-económico e estatuto profissional - Em 1990, Swanson e colaboradores, num estudo complexo que procurava avaliar factores de risco para comportamentos violentos na esquizofrenia, concluíram que um baixo nível socio-económico estava relacionado com maiores índices de violência[12], uma constatação reforçada por outros autores e estudos[15]. No entanto, Frésan e a sua equipa verificaram que o nível socio-económico não surgia como uma variável preditora de comportamentos violentos nos indivíduos com esquizofrenia[20]. Contudo, estes investigadores constataram que indivíduos desempregados eram mais violentos do que aqueles que tinham uma ocupação laboral - o que vem reforçar o alerta de Martin e colaboradores acerca da importância terapêutica de uma actividade ocupacional[21].

Estado Civil - Os estudos confirmam o valor preditivo do estado civil na violência, realçando, contudo, que a sua importância não decorre das suas implicações legais, mas sim do facto do indivíduo viver sozinho ou acompanhado[20, 21]. Com efeito, Frésan e colaboradores verificaram que os doentes sem companhia tinham, em relação aos que tinham companhia, um risco 26,4 vezes maior de serem violentos[20]. Fica a dúvida se será o estado civil a proteger o indivíduo da conduta violenta ou, pelo contrário, se será a própria conduta violenta que o impede de estabelecer relações estáveis e duradouras.

Abuso de álcool e de substâncias ilícitas - O consumo abusivo de bebidas alcoólicas, assim como de outras substâncias de abuso, constitui um preditor de comportamentos violentos[12,14,18,22]. Swanson e colaboradores alertam para as alterações que algumas substâncias psicoactivas induzem ao nível da percepção (por exemplo, a capacidade de distinguir correctamente ocorrências ameaçadoras de ocorrências não ameaçadoras) e do julgamento (a capacidade cognitiva para interpretar as ocorrências)[23].

Por outro lado, tal como referido por Collins e Schlenger (*cit in Swanson et al.*), algumas drogas - o álcool em particular - podem actuar como desinibidores de impulsos agressivos. É também de admitir que as substâncias psicoactivas possam predispor indirectamente à violência: primeiro, pela contribuição no desenvolvimento de personalidades anti-sociais e de comportamento dominado por atitudes violentas; segundo, pela exacerbação da sintomatologia psicótica já presente; terceiro, por conduzir os doentes até meios sociais em que o crime violento e a delinquência são muito comuns; quarto, e em último lugar, por diminuir a adesão e tornar os indivíduos

menos responsivos às medicações psicotrópicas que poderiam moderar a violência[23].

Segundo Almeida[24], o homicídio pode estar associado ao consumo de substâncias ilícitas de várias formas e elenca algumas causas que reproduzem e complementam as enunciadas por Swanson: 1) As drogas podem induzir no indivíduo uma maior agressividade e impulsividade, com menor capacidade para controlar as suas emoções e atitudes; 2) As drogas podem induzir alterações psicopatológicas de tal modo graves que, sob os seus efeitos, o indivíduo se comporta com extrema violência; 3) As drogas podem contribuir para criar ou agravar alterações psicopatológicas que diminuem as possibilidades do indivíduo se comportar de forma adequada, as quais se podem manter mesmo após o desaparecimento da droga no organismo; 4) A criminalidade pode ser originada pela necessidade de procurar bens materiais; 5) O próprio contexto da comercialização pode ser indutor de comportamentos violentos.

Diremos, em resumo, que entre todos os factores socio-demográficos, o consumo de substâncias de adição é o mais incontestavelmente associado à violência em doentes mentais. Em relação a outros marcadores de risco frequentemente citados - sexo masculino, idade jovem, desinserção socio-profissional - é mais fácil encontrar estudos que contradizem a sua associação a comportamentos violentos. Pensamos que por ser uma associação mais fraca, mas também porque algumas discrepâncias não-de resultar da heterogeneidade das populações estudadas, do tipo específico de conduta avaliada e dos diferentes padrões de comportamento culturalmente associados ao género.

A relevância da psicopatologia

Alguns dos primeiros estudos efectuados em torno dos comportamentos violentos associados à doença mental focaram-se no papel da psicopatologia, e em particular da sintomatologia positiva. As suas conclusões foram, contudo, pouco consistentes e, por vezes, até mesmo contraditórias. Com efeito, se por um lado Tardiff e Sweillam (*cit in Cheung et al.*) descreviam uma associação entre comportamento violento e a presença de ideação delirante, de actividade alucinatória e comportamento bizarro[25], por outro, Kay e colaboradores, poucos anos mais tarde, afirmavam que estes sintomas positivos não discriminariam o grupo dos doentes psiquiátricos violentos dos não violentos[26]. Outros estudos viriam, no entanto, a confirmar que

muitos dos comportamentos violentos relativamente a terceiros, em doentes com esquizofrenia, são condicionados pelas ideias delirantes ou pela actividade alucinatória associada à própria doença[15,27] e, desse modo, tornaram incontestada a relevância da fenomenologia dos delírios e das alucinações para a compreensão do comportamento violento na doença mental.

Estudos mais detalhados têm contribuído para uma melhor clarificação da associação entre violência e perturbação mental e, também, quanto ao risco determinado pela presença de sintomatologia psicótica. Cheung e colaboradores, comparando doentes com esquizofrenia com e sem comportamentos violentos, verificaram que os primeiros descreviam com maior frequência emoções negativas (tristeza, ansiedade, ódio) relacionadas com delírios de conteúdo persecutório, enquanto que os doentes sem antecedentes de comportamento violento manifestavam mais frequentemente quadros de elação do humor induzidos pela ideação delirante, frequentemente de grandiosidade[25]. Outros autores, defendem que o elevado risco de violência está limitado a algumas constelações de sintomas[4,29]. Swanson e colaboradores verificaram que determinados *clusters* de sintomas positivos (onde incluem a ideação delirante de conteúdo persecutório) aumentam a probabilidade e a gravidade de actos violentos, enquanto que outros em que predominam sintomas negativos (como o isolamento social) podem ter um efeito contrário[29]. Já em 1996, o mesmo grupo de investigação defendia que os sintomas psicóticos mais vezes associados a comportamentos violentos estão relacionados com experiências percebidas como ameaçadoras, destruidoras ou sob o controlo externo. Quando os actos violentos se enquadram em contextos psicóticos agudos resultarão de um clima de tensão, medo e ansiedade, e reflectem uma atitude defensiva por parte do doente ao sentir-se perseguido ou ameaçado[12]. Assim, a violência no doente psiquiátrico poderia surgir como uma resposta racional a uma crença irracional[29]. Também Linaker e Busch-Iversen procuraram mostrar que os comportamentos que precedem actos violentos num indivíduo psicótico podem ser semelhantes aos de qualquer pessoa que percebe uma ameaça externa - irritabilidade, confusão, ameaças físicas e verbais, arremesso de objectos e fúria[30]. Este facto, reforçado por outros estudos que confirmam que a motivação para a violência nestes doentes é muitas vezes racional, lança algumas questões sobre o tema em apreço, nomeadamente o dado adquirido de que, nesta população, a

violência é imprevisível e incompreensível. Numa linha relacionada, outros estudos mostram que o risco de comportamentos violentos, para além de ser limitado no tempo é mais evidente quando os sintomas são agudos. Por exemplo, Modestin & Annan (*cit in Cunha*) concluem que os esquizofrénicos em surto psicótico agudo apresentavam uma probabilidade 4 vezes maior de serem condenados por crimes violentos, enquanto que a esse respeito não foram encontradas diferenças entre os esquizofrénicos com evolução crónica e a amostra de controlo[1].

Ainda neste contexto, McNiel & Binder procuraram determinar se o padrão de sintomas associados ao risco de violência a curto prazo variava com o diagnóstico do paciente[31]. Concluíram que a violência tem uma maior relação com a psicopatologia manifestada, nomeadamente com o padrão de sintomas agudos, do que com o diagnóstico propriamente dito, sendo que o valor de um padrão de sintomas particular, como indicador do risco eminente de violência, varia conforme o diagnóstico.

Para além das alterações psicopatológicas referidas, outros sintomas psicóticos poderão estar presentes na etiologia da violência. Contudo, a literatura é escassa nesta área e a única referência a que tivemos acesso em relação, por exemplo, a alterações da forma do pensamento (nomeadamente, pensamento frouxo e desorganizado), é de Lewis e seus colaboradores (*cit in Gosden et al.*), segundo o qual estes sintomas estariam mais presentes em jovens masculinos presos violentos do que nos não violentos[32].

Assim, parece existir actualmente evidência de que uma grande percentagem de actos violentos observáveis em doentes com esquizofrenia não ocorrem arbitrariamente, mas são motivados e direccionados por sintomatologia psicótica activa. Estes quadros deverão ser abordados farmacologicamente, preferencialmente em meio hospitalar, já que para além de constituírem perigo para o próprio ou para terceiros, o seu tratamento faz regredir o risco de condutas violentas. Os delírios e as alucinações surgem como os sintomas psicóticos mais relevantes para a interpretação dos comportamentos violentos. Apesar disso, não é completamente consensual o papel que lhes é reconhecido pelos diversos investigadores.

Delírios e violência

Em 1994, numa revisão da literatura, Taylor concluiu que havia uma clara relação entre a presença de ideação delirante e a

prática de actos violentos[33]. Alguns anos mais tarde, para minimizar algumas das limitações próprias dos estudos epidemiológicos, propôs uma cooperação com outras equipas de investigação no sentido de reunir um leque alargado de amostras. Da discussão destes trabalhos, concluiu que na doença mental não complicada os delírios estão quase sempre presentes, mas não são suficientes para gerarem comportamentos violentos graves. A presença de outros factores relacionados com a apresentação primária da psicose seria crucial, pelo efeito adicional ou multiplicador em relação aos delírios na génese da violência. O facto de a ideação delirante poder induzir um estado ansioso ou depressivo, sendo que estes estados podem baixar o limiar para comportamentos violentos, foi também observado por Taylor. Por último, lembrou que os delírios podem prejudicar a capacidade do indivíduo se relacionar com os outros e, também por essa forma, mediar a violência[34].

Também Junginger e a sua equipa sugeriram a conclusão de que a violência originada por um contexto delirante é rara[35]. Contudo, os mesmos investigadores admitem um risco moderado de ideias delirantes motivarem comportamentos violentos em alguma fase do curso da doença. Neste estudo foi verificado que uma minoria significativa (40%) descrevia pelo menos um acto de violência com provável motivação delirante. Um subgrupo desta minoria (17.5%) assumia pelo menos um acto de violência com clara motivação delirante. De igual forma, Teplin e colaboradores e Gardner e colaboradores (*cit in Appelbaum et al.*) não verificaram um maior risco de violência associado à presença de delírios[36,37].

Appelbaum e a sua equipa de trabalho reforçam as conclusões de Junginger. No estudo referido (*MacArthur Violence Risk Assessment Study*), os autores efectuaram um trabalho prospectivo sobre o comportamento violento em indivíduos com internamentos recentes em unidades psiquiátricas. Os resultados deste estudo sugeriram que a presença de delírios não era indicadora de maiores taxas de violência nos doentes que tinham estado recentemente internados, quer no que respeita a delírios em geral quer no que toca a delírios de *imposição ameaça/controlo* em particular, uma conclusão que permaneceu válida mesmo tendo em consideração o tipo, conteúdo e outras dimensões do delírio. Os autores admitem a possibilidade de só alguns tipos de delírios estarem associados à violência, enquanto outros não teriam qualquer ligação ou poderiam mesmo constituir um factor de protecção. Observaram ainda que poucas das variáveis correlacionadas com a

violência - substâncias de adição, psicopatologia associada... - tinham de facto um efeito de potenciação nos doentes com ideação delirante. Nomeadamente, o aumento da violência habitualmente associado ao abuso de substâncias não se observou nos doentes delirantes[37].

A existência de uma relação positiva entre delírio e violência, sucessivamente posta em causa, acabaria por ser balizada por dois trabalhos separados por mais de uma década. Como já referido, Link e Stueve em 1994, tinham invocado o princípio da "racionalidade dentro da irracionalidade", para explicarem o comportamento violento em contexto delirante. Defendiam que quando um indivíduo com um distúrbio psicótico se sente ameaçado e quando as suas estratégias de controlo interno estão comprometidas, a violência pode ocorrer como uma resposta compreensível[29]. Esta relação é, para aqueles autores, explicada pelos sintomas específicos de *imposição ameaça/controlo* - "experiências sentidas pelo doente nas quais lhe é imposta a convicção de que as pessoas estariam a atingi-lo, magoá-lo e ameaçá-lo, bem como a crença inabalável e irreduzível de que a sua mente estaria a ser dominada por forças externas e, como tal, inacessíveis ao seu controle", segundo Cunha[1]. Em 2006 Swanson, (*A National Study of Violent Behavior in Persons with Schizophrenia*) viria a corroborar esta relação, concluindo que aqueles doentes tinham o dobro da probabilidade de se envolverem em confrontos violentos em comparação com os doentes com actividade alucinatória ou outros sintomas psicóticos, e esta probabilidade subia para o quádruplo em relação aos indivíduos sem qualquer perturbação psiquiátrica[28].

Alucinações e violência

Até ao início da década de 90, a bibliografia existente sobre este tema era escassa e contraditória. Num trabalho de revisão publicado em 1994, McNiel viria a concluir que estudos baseados em dados clínicos quantitativos mostravam uma relação positiva significativa entre a presença de actividade alucinatória e o comportamento violento. Salientava que esta associação surgia habitualmente em conjunto ou no contexto de outros sintomas psicóticos, cursando com prejuízo da capacidade de julgamento e de uma correcta avaliação da realidade. E, para avaliação do risco de violência, salientava que era importante definir se as alucinações orientavam o doente para agir de uma determinada maneira, acabando por comandar os seus actos[31].

Com efeito, existe agora uma opinião crescente, embora não consensual, de que as alucinações de comando podem induzir comportamentos perigosos ou até mesmo ilícitos criminais. Embora alguns autores continuassem a referir que os doentes raramente obedecem às alucinações de comando, pelo que estas pouco influenciariam o seu comportamento[25], é maioritária a convicção de uma inquestionável tendência ao cumprimento de tais ordens. Pensa-se que tais diferenças nas conclusões obtidas possam estar relacionadas com o contexto em que o estudo é realizado - num serviço de inimputáveis poderá ser evidente uma maior obediência a alucinações de comando no passado do que numa população de doentes sem antecedentes criminais.

Junginger, que já na década de 90 alertava para o facto dos pacientes que referiam alucinações de comando estarem em risco de comportamentos violentos[39,40], defendia que a capacidade para identificar as vozes poderia ser um indicador da adesão/obediência[39]. Também o grau de perigosidade do comando e o meio externo envolvente influenciariam essa adesão. Assim, os doentes tenderiam a obedecer com maior facilidade a vozes que lhes sejam familiares, ordens menos perigosas e de acordo com o meio envolvente. Em vários dos seus trabalhos, este autor procurou ainda demonstrar, como indiciado por estudos prévios, que o cumprimento de alucinações de comando é mais provável quando estas são coerentes com ideias delirantes co-existent.

Em 2000, McNiel retomou este tema num estudo em 103 doentes internados[41].

As conclusões do seu trabalho reforçaram as suas conclusões prévias e a necessidade de pesquisar a presença de vozes de comando quando se pretende avaliar o risco de comportamentos violentos num doente psicótico.

Numa revisão da literatura publicada até 2000, Bjorkly concluiu que o conhecimento da fenomenologia promotora de atitudes e actos violentos induzidos por alucinações de comando está em crescimento, embora permaneça muito limitado[42], e reforçou a necessidade de se intensificarem e continuarem os estudos sobre aquela relação. O facto de tal relação ser complexa e afectada por outras variáveis pessoais e circunstanciais, tem vindo a ser salientada por vários autores, nomeadamente McNiel[31]. Nesta linha, emerge a necessidade de se realizarem estudos que testem as variáveis pessoais, circunstanciais e clínicas, susceptíveis de modular o comportamento violento mediado pelas alucinações.

Conclusão

A violência não caracteriza toda e qualquer doença mental e a criminalidade dos doentes mentais só representa uma pequena proporção da criminalidade geral. A quantidade de estudos que sobre este tema têm sido feitos nas últimas dezenas de anos reflecte essa convicção generalizada de que as doenças mentais e a violência estarão, pelo menos algumas vezes, relacionadas.

Os doentes psicóticos, e em particular os que sofrem de esquizofrenia, são os mais vulgarmente associados a comportamentos agressivos. Algumas características sócio-demográficas, em particular o abuso de substâncias aditivas, parecem relacionar-se positivamente com violência. Mas tem sido o estudo das variáveis clínicas da psicose que mais têm movido e desentendido os investigadores. E, entre todas, sobretudo os delírios e as alucinações.

Os delírios de *imposição ameaça/controlo*, mais do que todos, podem provocar respostas violentas enquadráveis num princípio de "racionalidade dentro da irracionalidade". Os doentes, sentindo-se (irracionalmente) ameaçados e com as suas estratégias de controlo interno comprometidas, reagem de um modo violento mas (racionalmente) adequado e aceitável. Sobre as alucinações referem-se as alucinações de comando, em especial se percebidas como uma voz familiar, como as que mais usualmente poderão originar uma atitude de obediência violenta.

Este é o quadro sumário em que as estratégias de tratamento dos doentes, mas também de protecção do meio social onde se integram, têm de ser desenhadas. A identificação de factores preditores de comportamentos violentos, indiciando a sua presença uma maior probabilidade de um ataque futuro, é de importância primordial. Acresce a este, o facto de existirem novas esperanças para aqueles que sofrem de perturbações psiquiátricas *major*, resultantes dos novos psicotrópicos e das novas políticas de intervenção psicossocial. Da identificação das causas e da intervenção correctiva adequada, acreditamos que resultará uma melhor integração do doente na sua comunidade e uma maior qualidade de vida.

Referências bibliográficas

- [1] 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.
- [2] Taylor, P (1982). Schizophrenia and Violence. In: Abnormal Offenders Delinquency and the Criminal Justice System (eds. J. Gunn & D.P. Farrington), pp 269-284. Willey, Chichester.
- [3] Wessely, S. (1997). The Epidemiology of Crime, Violence and Schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 170 (32): 8-11.
- [4] Angermeyer, M. (2000). Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (407): 63-67.
- [5] 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.
- [6] Walsh, E.; Buchanan, A. & Fahy, T. (2002). Violence and schizophrenia: examining the violence. *The British Journal of Psychiatry*, 180: 490-495.
- [7] 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.
- [8] Benezch, M.; Le Bihan, P; Bourgeois, ML (2002). Criminologie et Psychiatrie. *Encyclopedie Médico-Chirurgiale, Psychiatrie*, 37-906-A-10, 16p.
- [9] Barkataki, I.; Kumari, V.; Das, M.; Hill, M.; Morris, R.; O'Connell, P.; Taylor, P. & Sharma, T. (2005). A neuropsychological investigation into violence and mental illness. *Schizophrenia Research*, 74: 1-13.
- [10] Appelbaum, P. (2006). Violence and Mental Disorders: Data and Public Policy. *The American Journal of Psychiatry*, 163 (8): 1319-1321.
- [11] Convit, A.; Jaeger, J.; Lin, S.; Meisner, M. & Volavka, J. (1988). Predicting Assaultiveness in Psychiatric Inpatients: A pilot study. *Hospital and Community Psychiatry*, 39 (4): 429 - 434.
- [12] 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.
- [13] Blomhoff, S.; Seim, S. & Friis, S. (1990). Can Prediction of Violence Among Psychiatric Inpatients Be Improved? *Hospital and Community Psychiatry*, 41 (7): 771-775.
- [14] Abu-Akel, A. & Abushua'leh, K. (2004). "Theory of mind" in violent and non-violent patients with paranoid schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 69: 45-53.

- [15] Volavka, J.; Laska, E.; Baker, S.; Meisner, M.; Czobor, P. & Krivelevich, I. (1997). History of Violent Behaviour and Schizophrenia in Different Cultures: Analyses Based on the WHO Study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 171 (7): 9-14.
- [16] Hodgins, S. (1992). Mental Disorder, Intellectual Deficiency, and Crime. Evidence from a Birth Cohort. *Archives of General Psychiatry*, 49: 476-483.
- [17] Wessely, S.; Castle, D.; Douglas, A. & Taylor, P. (1994). The criminal careers of incident cases of schizophrenia. *Psychological Medicine*, 24: 483- 502.
- [18] Blumenthal, S. & Lavender, T. (2000). Violence and Mental Disorder: A Critical Aid to the Assessment and Management of Risk. London: Jessica Kingsley Publishers.
- [19] Eronen, M.; Hakola, P. & Tiihonen, J. (1996). Mental Disorders and Homicidal Behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 53 (6): 497-501.
- [20] Fresán, A.; Fuente-Sandoval, C.; Juaréz, F.; Loyzaga, C.; Meyenberg, N.; Garcia-Anaya, M.; Nicolini, H. & Apiquian, R. (2005). Características sociodemográficas asociadas a la conducta violenta en la esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33 (3): 188-193.
- [21] Martín, J.; Noval, D.; Moriñigo, A. & García De La Concha, J. (2000). Factores predictores de agresividad en esquizofrénicos hospitalizados. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28 (3): 151-155.
- [22] Frangou, S. & Murray, R. (2000). Schizophrenia (2nd edition). London: Martin Dunitz.
- [23] Swanson, J.; Borum, R.; Swartz, M. & Monahan, J. (1996). Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6: 309-329.
- [24] Almeida, F. (1999). Homicidas em Portugal. Maia: Publismai - Instituto Superior da Maia.
- [25] Cheung, P.; Schweitzer, I.; Crowley, K. & Tuckwell, V. (1997). Violence in schizophrenia: role of hallucinations and delusions. *Schizophrenia Research*, 26: 181-190.
- [26] Kay, S.; Wolkenfeld, F.; Murril, L.; (1988). Profiles of Aggression among Psychiatric Patients: II. Covariates and predictors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176 (9): 547-557.
- [27] Afonso, P. (2002). Esquizofrenia: Conhecer a Doença (2.ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- [28] Swanson, J.; Swartz, M.; Van Dorn, R.; Elbogen E.; Wagner, H.; Rosenheck R.; Stroup, T.; McEvoy J. & Lieberman, J. (2006). A National Study of Violent Behavior in Persons with Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63, 490-499.
- [29] Link, B. & Stueve A. (1994). Psychotic Symptoms and the Violent/Illegal Behavior of Mental Patients Compared to Community Controls. In: Monahan, J. & Steadman H. (eds). *Violence and Mental Disorder*, pp 137-160. Chicago: University of Chicago Press. Chicago.
- [30] Linaker, O. & Busch-Iversen, H. (1995). Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92: 250-254.
- [31] McNeil, D. & Binder, R. (1994). The Relationship Between Acute Psychiatric Symptoms, Diagnosis and Short-Term Risk of violence. *Hospital and Community Psychiatry*, 45 (2): 133-137.
- [32] Gosden, N.; Kramp, P.; Gabrielsen, G.; Andersen, T. & Sestoft, D. (2006). Mental disorders and charges of violent offences. A study of male adolescent remand prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry* .
- [33] Taylor, P.; Garety, P.; Buchanan, A.; Reed, A.; Wessely, S.; Ray, K.; Dunn, G. & Grubin D. (1994). Delusion and violence. In: Monahan, J. & Steadman, H. (eds). *Violence and mental disorder: developments in risk assessment*. Chicago: University of Chicago Press (p. 161-182).
- [34] Taylor, P. (1998). When symptoms of psychosis drive serious violence. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 33: 47-54.
- [35] Junginger, J.; Parks-Levy, J.; McGuire, L. (1998). Delusions and Symptom-Consistent Violence. *Psychiatric Services*, 49: 218-220.
- [36] Teplin, L.; Abram, K. & McClelland, G. (1994). Does Psychiatric Disorder Predict Violent Crime Among Released Jail Detainees? A six-year longitudinal study. *American Psychologist*; 49 (4): 335-342.
- [37] Appelbaum, P.; Robbins, P. & Monahan, J. (2000). Violence and Delusions. Data From the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *The American Journal of Psychiatry*, 157: 566-572.
- [38] Hellerstein, D.; Frosch, W. & Koenigsberg, H. (1987). The Clinical Significance of Command Hallucinations. *The American Journal of Psychiatry*, 144 (2): 219-221.
- [39] Junginger, J. (1990). Predicting Compliance with Command Hallucinations. *The American Journal of Psychiatry*, 147 (2): 245-247.
- [40] Junginger, J. (1995). Command Hallucinations and the Prediction of Dangerousness. *Psychiatric Services*, 46 (9): 911-914.
- [41] McNeil, D.; Eisner, J. & Binder, R. (2000). The Relationship Between Command Hallucinations and Violence. *Psychiatric Services*, 51 (10): 1288-1292.
- [42] Bjorkly, S. (2002). Psychotic symptoms and violence toward others - a literature review of some preliminary findings. Part 2. Hallucinations. *Aggression and Violent Behavior*, 7: 605-615.