

## **ANOMALIA PSÍQUICA GRAVE E CRIMINALIDADE**

### **SEVERE MENTAL ILLNESS AND CRIME**

#### Alexandra Alves

- Assistente Hospitalar de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Porto, Porto
- Mestranda do Mestrado Internacional em Política e Serviços de Saúde Mental na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa
- Contacto: [analexandralves@gmail.com](mailto:analexandralves@gmail.com)

#### Fernando Almeida

- Responsável pela Unidade Funcional de Psiquiatria e Psicologia Forense do Hospital de Magalhães Lemos
- Presidente do Conselho Científico do Instituto Superior da Maia
- Professor convidado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

## **ANOMALIA PSÍQUICA GRAVE E CRIMINALIDADE**

### **RESUMO**

A associação entre perturbação mental e criminalidade tem sido amplamente investigada. Para além do ponto de vista clínico, o estudo desta associação é relevante pelas implicações na organização dos serviços de saúde e sua articulação com o sistema judicial e também pelo impacto na opinião pública que a problemática da perigosidade das pessoas portadoras de perturbação mental suscita.

Tem sido mostrada, de forma consistente, uma associação entre violência e esquizofrenia e outras psicoses. Contudo, estas patologias não parecem constituir o único e principal risco adicional de comportamento violento. Apesar da prevalência de violência associada às perturbações decorrentes do abuso de substâncias, sem psicose associada, ser mais elevada, está evidenciado que a patologia aditiva (co-mórbida) aumenta significativamente o risco de violência nos indivíduos que padecem de psicose. Estes dados salientam a importância de intervenções destinadas à prevenção do consumo de substâncias em doentes com psicose e a avaliação do risco de violência nestes doentes, como forma de prevenir a recidiva de comportamento violento e criminal.

**Palavras-chave:** anomalia psíquica grave; doença mental; esquizofrenia; criminalidade; violência, psicose.

## **SEVERE MENTAL ILLNESS AND CRIME**

### **ABSTRACT**

The relationship between mental disorder and crime has been widely investigated. Studies in this area are important because of their clinical relevance and also because of the implications they bring to the organization of healthcare services and the relationship with the criminal

system. Furthermore, they are also relevant because of their impact on public opinion about the dangerousness of people with mental disorder.

It has been shown, consistently, an association between violence and schizophrenia and other psychoses. However, these conditions do not seem to be the only and main risk of violent behavior, because Although the prevalence of violence associated with substance abuse disorders without associated psychosis is higher, when there is comorbidity with substance abuse disorders and psychosis, the risk of violent behavior is even higher. These data underscore the importance of interventions that aim the prevention of substance abuse in patients with psychosis and stress the need to assess the violence risk of these patients as a way to prevent the recidivism of violent and criminal behavior.

**Key-words:** severe mental illness; mental disorders; schizophrenia; crime; violence, psychosis.

## ANOMALIA PSÍQUICA GRAVE E CRIMINALIDADE

### 1- O Conceito de “Anomalia Psíquica Grave”

O conceito de “anomalia psíquica grave” constitui o enquadramento legal e jurídico que permite a aplicação, naqueles que são portadores desta mesma “anomalia”, de um conjunto de medidas com diversas finalidades, nomeadamente, a avaliação psiquiátrica e o tratamento (mesmo se contra a vontade do próprio, no caso do internamento compulsivo). A presença desta “anomalia psíquica grave” determina, também, consequências na moldura penal e jurídica, em caso de prática de actos ilícitos (nomeadamente, quando atribuída a inimputabilidade). Trata-se de um conceito mais jurídico do que psiquiátrico, pelo que esta designação não integra o léxico médico, nomeadamente em Psiquiatria. Assim sendo, pode ser entendido como uma noção aberta à evolução do conhecimento científico e, em qualquer caso, mais ampla que o conceito de doença mental (Dias, F., 1983 cit. in Rodrigues, C., 2000).

No entanto, e apesar da heterogeneidade dos seus pressupostos, inclusivamente a nível internacional, esta “anomalia psíquica” pode ser compreendida, na sua vertente psiquiátrica, como “doença” ou “perturbação mental” (Cunha & Palha, 2007). Contudo, também aqui se deve admitir que se trata de um conceito complexo, para o qual nenhuma definição estabelece, de forma adequada, limites precisos. De acordo com o DSM-IV TR (2002), a anomalia psíquica ser entendida como uma “síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente significativo que ocorre num sujeito com ansiedade actual ou incapacidade ou com risco significativamente aumentado de sofrer morte, dor, incapacidade ou uma perda importante da liberdade”.

Reportando-nos ao que a nível jurídico se designa por “anomalia psíquica grave”, o seu correlato médico (psiquiátrico) poderá ser entendido como doença mental grave, *strictu sensu*. Sendo esta a perda de liberdade do doente sobre si mesmo, demonstrada por alterações da vida psíquica e do comportamento, incompreensíveis e que constituem uma rotura com a sua

história biográfica, que emergem através do aparecimento de estruturas psíquicas qualitativamente diferentes das que ocorrem em indivíduos saudáveis (Fernandez, 1975 cit. *in* Cunha & Palha, 2007). A sua característica fundamental é a afectação do juízo crítico, no sentido da perda da capacidade de julgar, e que se traduz numa incapacidade para a livre e esclarecida auto-determinação, da qual decorre a gravidade da mesma.

## **2- Doença Mental Grave e Criminalidade**

A associação entre perturbação mental (especialmente esquizofrenia e outras psicoses) e criminalidade tem sido amplamente investigada, e a literatura sobre o tema é vasta (Fazel 2009; Elbogen, 2009; Stuart, 2001; Wessley, 1993; Almeida, 2007; Pullay, 2008; Tiihonen, 1997; Grann, 2008), embora se verifique que os estudos incidem, invariavelmente, sobre a criminalidade comunicada à polícia e/ou julgada em tribunal e não sobre a criminalidade efectivamente praticada pelos doentes. Contudo, Almeida et al. (2005), em estudo não publicado, estudaram a criminalidade efectivamente cometida por 33 doentes, com o diagnóstico de psicose esquizofrénica, seguidos no Hospital Magalhães Lemos (HML) entre 1 de Janeiro de 1992 e 31 de Dezembro de 1992. Concluíram que, dos 42 crimes cometidos por estes doentes no período considerado, apenas um dos crimes tinha sido comunicado à polícia e nenhum dos crimes tinha sido comunicado às autoridades judiciais.

O estudo da associação entre perturbação mental e criminalidade é relevante, não só pelas implicações na organização dos serviços de saúde e sua articulação com o sistema judicial, mas também pelo modo como condiciona a prática clínica, e ainda a forma como molda a opinião pública sobre a perigosidade das pessoas portadoras de perturbação mental.

Estudos realizados anteriormente a 1980 não evidenciaram, consistentemente, aumento do risco de violência ou criminalidade em pessoas com perturbações mentais graves, nomeadamente esquizofrenia (Fazel, 2009; Stuart, 2001). No entanto, nas últimas décadas,

numerosos estudos têm mostrado, de forma consistente, uma associação entre violência e esquizofrenia e outras psicoses (Fazel, 2009).

Embora um elevado número de estudos reporte aumento do risco de violência em indivíduos com esquizofrenia e outras psicoses (Fazel, 2009; Elbogen, 2009; Almeida, 2007, Tiihonen, 1997; Grann, 2008), existe uma grande heterogeneidade relativamente à quantificação do risco associado a estas condições (Fazel, 2009). Numa metanálise recente, envolvendo a revisão sistemática de estudos efectuados ao longo dos últimos 40 anos e a análise de dados relativos a 18.423 doentes com esquizofrenia ou outras psicoses, Fazel et al. (2009) mostraram que estas perturbações psiquiátricas estão associadas a um risco aumentado de violência, comparativamente com a população geral, especialmente no sexo feminino. O risco é particularmente evidente no que diz respeito à prática de homicídio por indivíduos com esquizofrenia, independentemente do abuso de substâncias associado (0,3%) quando comparado com o risco na população geral (0,02%). Porém, outros dados se salientam da referida metanálise: a presença de patologia aditiva comórbida aumenta significativamente o risco de violência, tornando-se cerca de quatro vezes maior do que nos doentes com psicose esquizofrénica que não consomem substâncias. Por outro lado, o risco aumentado de violência, associado aos casos em que existe um duplo diagnóstico, com co-morbilidade de psicose esquizofrénica e perturbações devidas a abuso de substâncias, não é superior àquele que se verifica nas situações em que apenas ocorre abuso de substâncias, sendo inclusivamente mais elevado nesta última situação. Assim sendo, segundo estes autores, a esquizofrenia e outras psicoses não parecem constituir um risco de comportamento violento, para além daquele que está associado às perturbações decorrentes do abuso de substâncias, sem psicose associada. Estes dados podem ser importantes para alterar, não só a forma como é percebida a gravidade da patologia adictiva pela população em geral mas, também, pelos clínicos, salientando-se a importância de intervenções destinadas à prevenção do

consumo de substâncias em doentes com psicose e a avaliação do risco de violência neste tipo de doentes, como forma de prevenir a recidiva de comportamento violento e criminal.

Contudo, a criminalidade associada à doença mental não constitui a maior parcela de todos os crimes violentos que ocorrem na sociedade. Wessley (1993 cit. *in* Stuart, 2001), através da análise dos dados de um estudo de prevalência de grandes dimensões - ECA (*Epidemiologic Catchment Area study*) estimou que apenas 3% de todos os incidentes violentos ocorridos na comunidade poderiam ser atribuídos a pessoas com perturbação mental. Stuart (2001), analisando uma amostra de 1151 indivíduos presos, concluiu que a violência perpetrada pelos indivíduos com perturbação mental e concomitante abuso de substâncias não constitui a parcela predominante de violência criminal identificada pela polícia. Além disso, é importante sublinhar que a criminalidade cometida por estes doentes tende a ser bem menor e não superior à da população geral quando os doentes estão adequadamente compensados.

Numa perspectiva de Saúde Pública, a divulgação destes dados é importante para esclarecer estereótipos que retratam os doentes mentais como “malucos perigosos”. Estas ideias pré-concebidas contribuem para gerar sentimentos de medo e apreensão, que fomentam a intolerância e reforçam o estigma, favorecendo assim a discriminação e reduzindo a possibilidade de uma integração efectiva destes doentes na comunidade. Assim, é fundamental evitar a percepção pela sociedade de uma falsa sensação de insegurança perante pessoas portadoras de perturbações mentais graves, nomeadamente esquizofrenia. Importa também realçar a importância da prevenção da criminalidade nestes doentes, através de uma abordagem multidisciplinar baseada no modelo bio-psico-social, centrada na diminuição de factores de stress. Os doentes com esquizofrenia estão frequentemente sujeitos a situações de pobreza, menor nível de educação, desemprego, desestruturação do ambiente social e familiar (Lamberti, 2007), que podem constituir factores de risco de reincidência criminal. Uma abordagem integral destes doentes deve, por isso, incluir a gestão da conflitualidade inter-

peçoal (nomeadamente, através da psicoeducação familiar), de problemas socioeconómicos (e em especial a carência de estrutura residencial) e laborais, a estabilização da patologia psiquiátrica e de eventuais comorbilidades médicas e, ainda, intervenções para a promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis (incluindo a prevenção do consumo de álcool e drogas) (Almeida, 2007).

A relação entre o abuso de substâncias e comportamento violento pode ser mediada por diversos factores, nomeadamente genéticos, características da personalidade e/ou factores ambientais tais como problemas sociais, entre outros.

### *2.1 Correlatos neurobiológicos*

A presença de psicose, por si só, é um factor de risco adicional para comportamento violento, independente do abuso de substâncias e de características da personalidade anti-sociais (Swanson, 2006; Hodgins, 2003; McNiel, 2000; Joyal, 2004). Swanson et al (2006), baseando-se em dados de 1410 doentes do estudo CATIE (*Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness*), verificaram que os sintomas psicóticos estavam fortemente associados com um risco aumentado de violência minor e também grave. No entanto, o risco de violência estava aumentado na presença de sintomatologia positiva apenas quando os sintomas negativos não eram proeminentes, o que sugere que será necessário um certo nível de energia, iniciativa e contacto social para perpetrar actos de violência (Lamberti, 2007). Estes dados são congruentes com alguns achados neurobiológicos identificados em doentes com esquizofrenia e antecedentes de violência, sendo no entanto de salientar que muitos dos estudos efectuados neste campo mostraram dados contraditórios e resultados pouco consistentes. Naudts e Hodgins (2006), num trabalho de revisão em que analisaram 17 estudos, verificaram que o comportamento violento em doentes esquizofrénicos do sexo masculino estava associado a uma melhor performance em testes de avaliação da função

executiva e competências verbais, e pior *performance* em testes para avaliação da função orbitomedial-frontal (associada a maior impulsividade). Foi também verificada uma maior redução do volume da amígdala. Doentes do sexo masculino com esquizofrenia e história de violência podem apresentar alterações na amígdala desde idade precoce, estando associadas a uma capacidade reduzida em experienciar emoções e em reconhecer emoções nos outros. Ao longo do seu desenvolvimento, as conexões da amígdala com o córtex orbito-frontal (sistema amígdala-orbitofrontal) não se desenvolvem tão eficazmente; estas alterações podem estar associadas com uma dificuldade na inibição de decisões e comportamentos impulsivos (Spalletta, 2001). Por outro lado, indivíduos que apresentam um padrão estável de comportamento anti-social desde a infância caracterizam-se por uma menor reactividade ao stress (Lorber, 2004) e menores níveis de cortisol, tóxico para o cérebro.

A pesquisa da relação entre o substrato neurobiológico da esquizofrenia e do comportamento violento tem vindo a produzir evidência crescente sugerindo que alterações no sistema fronto-límbico, incluindo o córtex pré-frontal, hipocampo e giro para-hipocampal podem contribuir quer para as alterações observadas na esquizofrenia quer para um comportamento violento. Défices no funcionamento do giro para-hipocampal, implicado no mecanismo de inibição comportamental, podem contribuir para uma maior impulsividade e eventualmente levar à violência (Yang, 2010). O circuito fronto-límbico desempenha um papel relevante na regulação das emoções e tem sido também implicado na neuropatologia do comportamento violento.

## *2.2 Perturbações relacionadas com o abuso de substâncias*

Tal como referido anteriormente, a patologia adictiva comórbida constitui o factor de risco mais significativo para a ocorrência de comportamento violento entre os portadores de perturbação mental. O abuso de substâncias pode mediar este aumento do risco através de mecanismos directos e indirectos.

Ao actuarem como depressoras a nível do SNC, as drogas exercem uma acção deletéria directa sobre as vias de regulação emocional, alterando os mecanismos de modulação afectiva e de controlo dos impulsos (Nestor, 2002). Estas alterações podem condicionar uma diminuição do limiar de tolerância à frustração (efeito desinibidor), agitação e irritabilidade, bem como desorganização cognitiva e, deste modo, facilitar o comportamento violento.

Por outro lado, as perturbações decorrentes do abuso de substâncias associam-se com frequência a outras patologias comórbidas. Estas podem mediar de forma indirecta a associação entre doença mental e comportamento violento, nomeadamente, as perturbações da personalidade, particularmente do cluster B. Destas, destaca-se a perturbação da personalidade anti-social, a qual é frequentemente precedida na infância por perturbação da conduta, estando ambas fortemente associadas ao abuso de substâncias, especialmente a dependência alcoólica (Nestor, 2002). A depressão e a ansiedade também estão frequentemente associadas à patologia adictiva e ao diagnóstico de perturbação da personalidade anti-social. Trata-se de patologias que condicionam os mecanismos de controlo dos impulsos e regulação emocional, pelo que tem sido levantada a hipótese da partilha de factores genéticos comuns (Nestor, 2002). Cada uma destas perturbações actuará de forma adictiva e sinérgica, aumentando o risco de violência, salientando-se portanto o efeito exponencial mediado pela perturbação da personalidade comórbida.

### *2.3 Contributo das dimensões da personalidade*

As perturbações da personalidade estão associadas a um risco clínico de violência significativo (Tiihonen et al, 1997; Nestor, 2002) e podem constituir um bom elemento preditivo de comportamento violento futuro, até mais relevante do que qualquer diagnóstico (Nestor, 2002). Sintomas de perturbação de personalidade, nomeadamente traços paranóides, narcísicos e passivo-agressivos estão fortemente correlacionados com violência. Johnson et al (2000) verificaram, num estudo com *follow-up* de 10 anos, que sintomas de perturbação da

personalidade (PP) dos clusters A e B correspondiam a uma maior probabilidade de comportamento violento em adolescentes e adultos jovens. Como os sintomas de PP precedem o comportamento violento, tem sido investigada a utilidade da identificação daqueles sintomas e de eventuais intervenções destinadas à sua modificação, como forma de prevenção do comportamento violento (Taylor, 1998; Copeland, 2007).

O risco de violência pode ser entendido numa perspectiva dinâmica, integrando assim aspectos relacionados com a personalidade e factores ambientais que modificam a sua expressão. Relativamente à contribuição dos factores da personalidade para o comportamento violento em doentes com perturbações mentais graves, Nestor et al propõem a existência de quatro dimensões da personalidade fundamentais: controlo dos impulsos, regulação afectiva, narcisismo e estilo cognitivo paranóide (Nestor, 2002).

#### *2.4 Psicopatologia*

O estilo cognitivo paranóide constitui uma forma de distorção no processamento da informação relativa ao mundo exterior, traduzindo uma predisposição psicológica para aperceber o ambiente como excessivamente ameaçador (Nestor, 2002). Assim, está fortemente associado a comportamentos violentos nas perturbações do espectro esquizofrénico, especialmente em períodos de descompensação psicótica. A gravidade da sintomatologia pode variar desde a paranóia sub-clínica até ideias de auto-referência ou sintomas delirantes paranóides estruturados.

Muitos dos casos de comportamento violento, em contexto de sintomatologia psicótica paranóide, parecem ter uma intenção de auto-defesa sendo motivados por sentimentos paranóides intensos. As vítimas são geralmente familiares ou outros contactos pessoais com quem o doente estabelece uma relação, e o desfecho pode ser letal. Estes doentes parecem ter preservadas as capacidades executivas e de organização, as quais são

necessárias para o planeamento e concretização dos actos violentos dirigidos às vítimas (Nestor, 2002).

Swanson et al. (2006) identificaram cinco sintomas positivos relacionados com violência séria: hostilidade, suspeição/perseguição, comportamento influenciado por actividade alucinatória, grandiosidade e excitação (hiperactividade resultante de comportamento motor acelerado, elevada reactividade aos estímulos, hipervigilância ou excessiva labilidade). Os sintomas positivos da PANSS não associados a maior risco eram desorganização conceptual (pensamento incoerente) e crenças infundadas e idiosincráticas (todavia, actividade delirante de suspeição/perseguição estava altamente associada a violência séria). Cinco dos sete sintomas negativos da PANSS estavam associados a menor risco de violência: perda de espontaneidade e do fluxo de conversação, passividade/apatia e desinvestimento social, afecto embotado, pobre *rapport* e pensamento abstracto empobrecido.

### **3- Avaliação do Risco de Recidiva / Perigosidade**

Andrews et al (2006), através de uma extensa revisão da investigação realizada nesta área, identificaram oito factores de risco (Quadro 1), fortemente preditivos de comportamento criminal futuro, dos quais se salienta o abuso de álcool e drogas. Por outro lado, a maioria dos estudos sobre reincidência criminal não encontrou relação significativa entre doença mental e risco de recidiva de comportamento criminal não violento. A validade preditiva para um comportamento violento futuro, em indivíduos com perturbação mental grave, parece estar relacionada com a prevalência aumentada de factores de risco estabelecidos para reincidência de comportamento criminal nos doentes com esquizofrenia e outras psicoses, nomeadamente, estilo cognitivo anti-social e abuso de substâncias (Lamberti, 2007). Deste modo, a abordagem da patologia dual constitui um desafio relativamente à elaboração das políticas de saúde e à organização dos serviços de saúde (mental e não só),

para que contemplem a implementação de estratégias destinadas à prevenção primária e secundária do abuso de substâncias e a abordagem integrada da patologia adictiva, com potencial benefício na redução dos níveis de criminalidade.

De salientar, contudo, que a maior parte das situações de criminalidade violenta parece ocorrer no contexto de sintomatologia heteróloga, com alterações do pensamento e da percepção, e consequente desorganização cognitivo-comportamental. Trata-se geralmente de uma criminalidade caracterizada por comportamento violento dirigido a familiares, pelo que a perigosidade destes doentes poderia ser reduzida através de estratégias que visam a optimização da adesão à terapêutica, evitando episódios de descompensação que propiciam um maior risco de comportamento violento (Almeida, 2005).

Do ponto de vista meramente estatístico, o melhor factor preditivo de comportamento violento é a presença de antecedentes de comportamento violento (Buchanan, 2008).

Quadro 1- Principais factores de risco para a recidiva do comportamento criminal (adaptado de Andrews et al, 2006).

<b>Factor</b>	<b>Risco</b>
Antecedentes de comportamento anti-social	Envolvimento precoce e continuado em actividades anti-sociais, em diversos contextos
Padrão de personalidade anti-social	Busca de prazer não refreada; pobre auto-controlo; tendência para a agressividade
Estilo cognitivo anti-social	Atitudes, valores, crenças e racionalizações que apoiam a prática do crime; estados emocionais de raiva, ressentimento e

	desafio/oposição
Atitudes anti-sociais	Associação com indivíduos criminosos; apoio social imediato do crime
Família e/ou situação conjugal	Situação familiar e/ou conjugal conflituosa
Escola e/ou trabalho	Insatisfação ou mau desempenho escolar e/ou laboral
Lazer e/ou actividades recreativas	Fraco envolvimento em actividades de lazer que não envolvam a prática de crimes
Abuso de substâncias	Abuso de álcool ou drogas

#### **4- Prevenção da Recidiva do Comportamento Criminal: que Estratégia?**

##### *4.1 Prestação de cuidados adequados*

Tendo em conta o aumento significativo do risco de comportamento violento nos indivíduos com psicose e abuso de substâncias comórbido, é provável que o tratamento adequado da patologia adictiva naqueles doentes contribua para a redução daquele risco. Assim, numa perspectiva de saúde pública, o diagnóstico adequado dos casos de patologia dual e o acesso ao tratamento psiquiátrico deve fazer parte da abordagem habitual dos doentes com psicose (Fazel, 2009).

Apesar da existência de tratamentos eficazes para as perturbações mentais graves, nomeadamente a esquizofrenia, os dados da investigação mostram que apenas um pequeno número recebe intervenções baseadas na evidência, e menos de 10% recebe qualquer tipo de tratamento psicossocial (Drake, 2009). Contudo, evidências recentes mostram que a abordagem terapêutica integrada dos doentes com perturbações mentais graves e abuso de substâncias comórbido tem sido eficaz, melhorando o *outcome* da doença mental (Drake, 2001). Os componentes básicos deste tratamento integrado incluem a gestão de caso e o

acompanhamento assertivo dos doentes, proporcionando não só o tratamento psicofarmacológico, como também uma intervenção psicossocial. Esta inclui a abordagem da patologia adictiva através de intervenções comportamentais e motivacionais, a psicoeducação dos doentes e dos familiares, a orientação para serviços de reabilitação e a articulação com estruturas residenciais, de orientação vocacional e de emprego protegido (Drake, 2001).

#### *4.2 Facilitar o acesso aos serviços de saúde mental*

A falta de acesso a tratamentos eficazes e baseados na evidência continua a ser um problema dos serviços de saúde mental relativamente à prestação de cuidados aos doentes com perturbações mentais graves. Assegurar o acesso a serviços que podem modificar determinados factores de risco para o comportamento violento e criminal destes doentes é fundamental (Lamberti, 2007), nomeadamente, porque a maior parte dos doentes envolvidos no sistema forense tem antecedentes de admissão em unidades hospitalares psiquiátricas (Hodgins, 2004). As falhas na prestação de cuidados por parte dos serviços de saúde mental têm assim implicações nas taxas de criminalidade associadas às doenças psiquiátricas.

No que se refere ao tratamento dos doentes portadores de patologia psiquiátrica grave que cometem crimes, verifica-se uma tendência para a transferência da responsabilidade da prestação dos cuidados para o sistema judicial. No entanto, neste processo nem sempre ficam equilibrados os pratos da balança, quer no que se refere aos doentes e à forma como ficam acautelados os seus direitos, nomeadamente, pela garantia de recepção de tratamento adequado, quer no que se refere à protecção dos direitos civis dos cidadãos, designadamente, pela prevenção da recidiva de comportamento criminal por parte destes doentes.

A promoção da prestação de cuidados integrados e que incluam a abordagem da patologia adictiva, a intervenção em crise, a articulação dos cuidados de saúde mental com outras estruturas na comunidade (por exemplo de reabilitação e apoio social) e a coordenação

entre os serviços de saúde mental e o sistema judicial é fundamental para facilitar o acesso aos serviços.

#### **5- Doença Mental e Criminalidade: Direcções para o Futuro**

A busca de respostas efectivas para a resolução dos problemas relacionados com a prestação de cuidados aos doentes mentais que cometem crimes levou ao aparecimento, nos últimos 10 anos (especialmente nos Estados Unidos e Canadá), de um certo tipo de estruturas alternativas destinadas à abordagem das necessidades especiais destes doentes.

Embora não estejam isentos de falhas, os “tribunais de saúde mental” (Schneider, 2008) representam uma abordagem inovadora às necessidades de indivíduos portadores de doença mental grave. De uma forma genérica, pode considerar-se que, independentemente do modelo de funcionamento, a sua finalidade é constituir uma resposta de reabilitação para indivíduos com comportamentos desviantes, que de outra forma seriam alvo de sanção criminal.

Os tribunais de saúde mental destinam-se geralmente a ofensores acusados de crimes de pequena ou moderada gravidade. A participação neste sistema de “desvio” do sistema judicial é opcional e passível de desistência a todo o momento, sendo que, nestes casos o doente é orientado para o sistema habitual sem qualquer tipo de sanção.

Relativamente ao modo de funcionamento, este inclui a abordagem através de uma equipa multidisciplinar, constituída não só por juízes e advogados, como também psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais. Desta forma, pretende-se proporcionar uma resposta direccionada para a solução dos problemas específicos destes doentes. Os programas desenvolvidos neste âmbito visam ainda adaptar-se às necessidades de cada indivíduo de modo a possibilitar uma intervenção que seja individualizada e adequada, aumentando assim a probabilidade de sucesso.

Novos dados sugerem que os tribunais de saúde mental são eficazes na redução das taxas de recidiva, reduzindo o abuso de substâncias e resultando numa redução dos custos para os governos (Schneider, 2008).

Do ponto de vista do doente e da sociedade, a inclusão da família no processo de desvio do sistema criminal e a articulação com parceiros na comunidade, constitui um factor de extrema importância para assegurar a inclusão do doente na sociedade findo o seu processo de reabilitação, diminuindo assim a probabilidade de recidiva do comportamento criminal.

Relativamente ao panorama nacional, não existem em Portugal estruturas deste tipo. Contudo, verificam-se problemas decorrentes de falhas na articulação entre o sistema judicial e da saúde, havendo nomeadamente grande carência de estruturas de reabilitação e residenciais intermédias, o que resulta em graves dificuldades na reintegração destes doentes na comunidade. É conhecida a situação desfavorável de muitos dos inimputáveis aos quais é reconhecida perigosidade, havendo por isso a necessidade de serem internados como medida de segurança. Apesar de estar prevista no Código Penal (artigo 92.º) a alta do internamento quando o tribunal verifica que cessou o estado de perigosidade criminal que lhe deu origem (estando, inclusivamente, preconizado o acompanhamento obrigatório dos internamentos de inimputáveis pelos tribunais de execução de penas, com obrigatoriedade de revisões periódicas formais de cada caso), verifica-se que para muitos destes doentes não são reunidas condições de reintegração na comunidade mesmo quando, pela cessação da sua perigosidade, tal poderia ocorrer. Inúmeras vezes, tal acontece pelo facto de não terem qualquer suporte familiar ou estrutura residencial de apoio.

Urge, assim, encontrar mais soluções que permitam a abordagem e orientação adequada dos doentes portadores de patologia psiquiátrica grave, nomeadamente, aqueles que apresentam factores de risco para comportamento violento e, concretamente, patologia adictiva comórbida. A integração dos doentes com perturbação mental grave num processo de

reabilitação abrangente e baseado na evidência poderá assim otimizar, não só o seu prognóstico do ponto de vista clínico, como também minorar o impacto social destas patologias, evitando a recidiva do comportamento violento e criminal e minorando assim a perda para a sociedade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, F. (2005). Doença Psicótica e Criminalidade. *Trabalho não publicado*. Departamento de Psicologia e Comunicação. Instituto Superior da Maia.
- Almeida, F. - Psicose esquizofrénica e criminalidade. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*. Porto, Vol. 1, nº1 (2007), 5-33.
- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, 4ª edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrews, D.A.; Bonta, J.; wormith, J. (2006). The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime and Delinquency*, 52, 7-27.
- Buchanan, A. (2008). Risk of violence by psychiatric patients: beyond the “actuarial versus clinical” assessment debate. [Em linha] *Psychiatric Services*, 59, 184–190. [Consult. em 02 Março 2010]. Disponível em <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/reprint/59/2/184>
- Copeland W., et al. (2007). Childhood psychiatric disorders and young adult crime: a prospective, population-based study. [Em linha] *Am J Psychiatry*, 164, 1668–1675. [Consult. em 02 Março 2010]. Disponível em <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/164/11/1668>
- Cunha, S.; Palha, A.P. (2007). Internamento compulsivo – perspectivas de cariz bioético da Lei de Saúde Mental, *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, Vol. 1, nº1, 71-82.
- Dias, F. (1983) Liberdade culpa direito penal, Biblioteca Jurídica, Coimbra Editora.
- Drake, R.E.; Essock, S.M.; Shaner, A. (2001) Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. [Em linha] *Psychiatric Service*, 52, 469-476. [Consult. em 02 Março 2010]. Disponível em <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/reprint/52/4/469>
- Drake, R.E.; Bond, G.R.; Essock, S.M. (2009). Implementing evidence-based practices for people with schizophrenia. [Em linha] *Schizophrenia Bulletin*, 35 (4), 704-713. [Consult. em 02 Março 2010]. Disponível em <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/reprint/35/4/704>

Elbogen, E.B.; Johnson, S.C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder. [Em linha] *Arch Gen Psychiatry*, 66: 2 152-161. [Consult. em 02 Março 2010]. Disponível em <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/full/66/2/152>

Fazel, S.; Långström, N.; Hjern, A. et al (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. [Em linha] *JAMA*. 301 (19), 2016-2023. [Consult. em 02 Março 2010]. Disponível em <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/301/19/2016>.

Fazel, S.; Gulati, G.; Linsell, L.; Geddes, J.R.; Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. [Em linha] *PLoS Me*, 6 (8) e1000120. [Consult. em 02 Março 2010]. Disponível em <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000120>

Fernandez, A.F. (2007) Fundamentos de Psiquiatria, citado em Cunha S., Palha A.P., Internamento compulsivo – perspectivas de cariz bioético da Lei de Saúde Mental, *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, Vol. 1, 71-82.

Grann, M.; Danesh, J.; Fazel, S. (2008). The association between psychiatric diagnosis and violent re-offending in adult offenders in the community. [Em linha] *BMC Psychiatry*, 8 (92) doi: 10.1186/1471-244X-8-92 [Consult. em 02 Março 2010]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2611986/>

Hodgins, S.; Hiscoke, U.; Freese, R. (2003). The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. *Behavioral Sciences and the Law*, 21, 523-546.

Hodgins, S.; Muller-Isberner, R. (2004). Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of the psychiatric services. [Em linha] *British Journal of Psychiatry*, 185, 245-250. [Consult. em 02 Março 2010]. Disponível em <http://bjp.rcpsych.org/cgi/reprint/185/3/245>

Johnson, J.G.; Cohen, P.; Smailes, E. et al (2000) Adolescent Personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood. [Em linha] *Am J*

*Psychiatry*. 157, 1406-1412. [Consult. em 02 Março 2010]. Disponível em <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/157/9/1406>

Joyal, C.C.; Putkonen, A.; Paavola, P. et al (2004). Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 34, 433-442.

Junginger, J.; Mcquire, L. (2004). Psychotic motivation and the paradox of current research on serious mental illness and rates of violence. [Em linha] *Schizophrenia Bulletin*, 30 (I) 21-30. [Consult. em 02 Março 2010]. Disponível em <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/reprint/30/1/21>

Lamberti, J.S. (2007). Understanding and preventing criminal recidivism among adults with psychotic disorders. [Em linha] *Psychiatric Services*, 58 (6), 773–781. [Consult. em 02 Março 2010]. Disponível em <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/58/6/773>

Lorber, M.F. (2004). Psychophysiology of aggression, psychopathy and conduct problems: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 130, 531-552.

McNiel, D.E.; Eisner, J.P.; Binder, R.L. (2000). The relationship between command hallucinations and violence. [Em linha] *Psychiatric Services*, 51, 1288-1292. [Consult. em 02 Março 2010]. Disponível em <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/reprint/51/10/1288>

Naudts, K.; Hodgins, S. (2006). Neurobiological correlates of violent behavior among persons with schizophrenia. [Em linha] *Schizophrenia Bulletin*, 32: 3 562–572. [Consult. em 02 Março 2010]. Disponível em <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/reprint/32/3/562>

Nestor, P.G. (2002). Mental disorder and violence: personality dimensions and clinical features. [Em linha] *Am J Psychiatry*, 159, 1973-1978. [Consult. em 02 Março 2010]. Disponível em <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/159/12/1973>

Portugal. Código Penal Português (2009). Capítulo VII – Medidas de Segurança. Ed. Verbo Jurídico. [Em linha] [Consult. em 02 Março 2010]. Disponível em <http://www.verbojuridico.com/download/codigopenal2009-v1.pdf>

Pullay, A.J.; Dawson, D.A.; Hasin, D.S. et al (2008). Violent behaviour and DSM-IV psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). [Em linha] *J Clin Psychiatry*, 69 (1) 12-22. [Consult. em 02 Março 2010]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2922980/?tool=pubmed>

Rodrigues, C. (2000). Sobre o estatuto jurídico das pessoas afectadas de anomalia psíquica. A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo. Coimbra: Coimbra Editora, 19-25.

Schneider, R.D. (2008). Mental health courts. *Curr Opin Psychiatry*. 21, 510-513. *Current Opinion in Psychiatry* (Edição Portuguesa), Vol. 1 nº 6 Nov./Dez., 606-613.

Spalletta, G.; TROISI, A.; Alimenti, S. et al (2001). Reduced prefrontal cognitive activation associated with aggression in schizophrenia. *Schizophr Res*, 50, 131-135.

Stompe, T.; Ortwein-Swoboda G.; Schanda, H. (2004). Schizophrenia, delusional symptoms, and violence: the threat/control-override concept reexamined. [Em linha] *Schizophrenia Bulletin*, 30 (I), 31-44. [Consult. em 02 Março 2010]. Disponível em <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/cgi/reprint/30/1/31>

Stuart, H.L.; Arboleda Flórez, J.E. (2001). A Public Health perspective on violent offenses among persons with mental illness. [Em linha] *Psychiatric Services*, 52: 5 654–659. [Consult. em 02 Março 2010]. Disponível em <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/52/5/654>

Swanson, JW; Swartz, MS; Van Dorn, R.A. et al (2006) A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. [Em linha] *Archives of General Psychiatry*, 63, 490-499. [Consult. em 02 Março 2010]. Disponível em <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/full/63/5/490>

Taylor, P.J.; Leese, M.; Williams, D. et al (1998). Mental disorder and violence: a special (high security) hospital study. *Br J Psychiatry*, 172, 218-226.

Tiihonen, J.; Isohanni, M.; Rasanen, P. et al (1997). Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. [Em linha] *Am J Psychiatry*. 154 (6), 840-845. [Consult. em 02 Março 2010]. Disponível em <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/154/6/840>

Wessley, S. (1993). Violence and psychosis, in *Violence: basic and clinical science*. Edited by Thompson, C.; Cowen, P., Oxford, England, Butterworth-Heinemann.

Yang, Y., Raine, A., Han, C., Schug, R. A., Toga, A. W., Narr, K. L. (2010) Reduced hippocampal volumes in murderers with schizophrenia. *Psychiatry Res*, 182 (1), 9-13.