

## Previsão do Risco de Violência nas Perturbações Mentais

Miguel Talina\*

### Resumo:

As investigações mais recentes sobre psicose e violência mostraram que existe uma associação positiva significativa, embora o risco de violência na psicose seja muito inferior em comparação com o risco de violência associado ao abuso de substâncias ou perturbações de personalidade e de uma forma geral os preditores de violência nos doentes são os mesmos que nos indivíduos sem perturbações mentais. Os psiquiatras e psicólogos na actividade clínica e forense frequentemente efectuam previsões de comportamentos violentos e a partir da década de 90 têm sido desenvolvidos instrumentos de avaliação do risco de violência, baseados em métodos estatísticos para melhorar a eficácia das avaliações de perigosidade. Os instrumentos actualmente mais difundidos são a Psychopathy Checklist -Revised, o Historical /Clinical /Risk Management-20 e o Violence Risk Appraisal Guide. Diversos investigadores consideram que estes instrumentos são indispensáveis para previsões mais rigorosas por se revelarem superiores aos métodos clínicos, no entanto outros autores consideram que a principal vantagem dos instrumentos actuariais consiste na capacidade de disponibilizarem os conhecimentos mais recentes neste campo, de modo a que os clínicos possam tomar decisões baseadas na evidência.

**Palavras-chave:** Violência; Instrumentos de avaliação.

### ABSTRACT:

*The most recent research on psychosis and violence shows a significant positive association between both, although the risk of violence on*

*psychosis is much lower than the risk of violence in substance abuse or personality disorders; and, in a general way, the predicting factors for violence in patients are the same than in individuals without mental disorders. Psychiatrists and clinical or forensic psychologists frequently have to predict violent behaviour. Since the 90s, instruments that evaluate the risk of violence have been developed, based on statistical methods to improve the efficacy of the evaluation. The best known are Psychology Checklist-Revised, Historical Risk Management-20 and Violence Risk Appraisal Guide. Several investigators consider these instruments essential for more rigorous predictions, as they are superior to clinical methods; other investigators state that the main advantage of these instruments is the fact that they summarise the most recent advances in these areas, so that clinicians can make evidence based decisions.*

**Key-words:** Violence; Evaluation instruments.

Nas últimas décadas tem havido um aceso debate apoiado em trabalhos científicos sobre se as pessoas atingidas por perturbações mentais têm maior ou menor probabilidade de serem violentos em comparação com pessoas sem história psiquiátrica.

A revisão por Angermeyer<sup>1</sup> dos estudos epidemiológicos publicados desde 1990 conclui que existe uma associação moderada significativa entre a esquizofrenia (ou perturbações psicóticas na generalidade) e a violência. No entanto a magnitude

desse risco é pequena, em comparação com a magnitude do risco associado com abuso de substâncias e perturbações de personalidade.

Numa meta-análise sobre os preditores de comportamento violento e criminal em indivíduos com perturbações mentais, Bonta, Law e Hanson<sup>2</sup> concluíram que os preditores de violência nos doentes são aproximadamente os mesmos que nas pessoas sem perturbações mentais, designadamente: os antecedentes criminais, a idade, o abuso de substâncias, o estilo de vida desviante, os problemas familiares e a perturbação de personalidade antisocial. Outro autor Steinert<sup>3</sup>, corroborou esta conclusão ao observar que as variáveis "estáticas" como as referidas naquela meta-análise foram mais fortes preditores do comportamento violento na comunidade, do que as variáveis "dinâmicas" como a psicopatologia ou os resultados de avaliações clínicas.

Os psiquiatras são chamados em diversas situações da actividade clínica a efectuar previsões de comportamentos violentos contra o próprio e contra terceiros. As decisões subsequentes são importantes e poderão ter um impacto muito para além do estado do doente. Na literatura é repetidamente citado o caso Tarasoff, que fez jurisprudência nos Estados Unidos da América, sobre o dever dos terapeutas utilizarem todos os meios legítimos para impedir um crime que prevêem provável.

As primeiras investigações sobre a eficácia das avaliações de perigosidade na década de 70, concluíram que os psiquiatras e psicólogos acertavam no máximo uma em três previsões de comportamentos violentos

em doentes mentais hospitalizados com antecedentes de actos violentos<sup>4</sup>, o que sugeria existir uma grande margem para a melhoria desta situação.

De uma forma geral, a predição clínica de violência baseia-se na presença de determinados factores de risco que os psiquiatras procuram em cada caso. Segal, num estudo sobre o processo de predição clínica observou que os sintomas mais fortemente associados à avaliação clínica de perigo para terceiros, foram a irritabilidade e a impulsividade. Verificaram-se também associações significativas moderadas com a perturbação da forma e conteúdo do pensamento, expansividade e associações mais fracas com a perturbação do juízo crítico, do afecto e comportamento inadequado. Noutro estudo semelhante, Menzies e Webster<sup>5</sup> concluíram que a violência anterior, o consumo de álcool, a observação de cólera e raiva, a falta de colaboração e a tensão durante as entrevistas, foram os principais contribuidores para as avaliações de risco de violência.

Outros autores consideraram a possibilidade de existirem grupos de doentes mentais com um potencial de violência não detectável pelos profissionais de saúde. Werner, Rose e Yesavage<sup>6</sup> demonstraram a existência de dois grupos diferentes de doentes que cometeram actos violentos durante a hospitalização. O primeiro grupo designado de "alta visibilidade", era constituído por doentes com comportamento hostil, desconfiado ou agitado. O segundo grupo era constituído por doentes que não manifestavam comportamentos daqueles tipos e foi designado de "baixa visibilidade". Segundo estes autores, os profissionais basearam-se excessiva-

mente no grau de hostilidade e nível de agitação dos doentes para prever os comportamentos violentos e não detectaram o potencial de violência nos doentes de "baixa visibilidade". Prosseguindo nesta linha de investigação, Werner, Rose, Yesavage e Seeman<sup>7</sup> pediram a psiquiatras que fizessem uma estimativa da probabilidade de comportamento violento em doentes agudos do sexo masculino, baseados nas pontuações do BPRS e na informação se a violência tinha sido um incidente precipitante do internamento. Os psiquiatras seleccionaram como indicadores de violência potencial a agressão prévia e um quadro clínico de hostilidade e agitação, acompanhado por ideação paranóide.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Tanke e Yesavage<sup>8</sup> que compararam três grupos de doentes através do Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), versão de 18 itens:

1) um grupo de 12 doentes violentos que exibiram sinais de violência potencial (ameaças e agressividade verbal); 2) um grupo de 13 doentes violentos que não exibiram esses sinais e 3) um grupo de 253 doentes não violentos. As pontuações dos itens "Perturbação do Pensamento", "Activação", "Hostilidade" e "Embotamento-lentificação" do BPRS foram significativamente superiores nos doentes violentos em comparação com os doentes não violentos. No entanto, as pontuações totais do BPRS só tiveram valor predictivo para comportamentos violentos no grupo de doentes de "violência não previsível" ou de "baixa visibilidade".

Dito de outro modo, o comportamento violento dos doentes que não exibiram previamente sinais de violência potencial, só poderia ser previsto ao aplicar-se um método estatístico baseado nas pontuações do BPRS.

Com o reconhecimento das insuficiências das previsões de violência tornou-se imperioso melhorar o seu rigor porque estas avaliações são decisivas no planeamento das intervenções terapêuticas, na prevenção de danos, para determinar o momento da alta ou recomendar mais tempo de internamento. Na psiquiatria forense estas avaliações são essenciais para evitar que doentes sejam erradamente internados como perigosos, ou haja vítimas por doentes não tratados ou libertados por não terem sido considerados perigosos<sup>4,9</sup>.

Durante a década de 90 ocorreu uma mudança paradigmática fundamental: a palavra "perigosidade" foi sendo substituída pelos termos "avaliação de risco" e "manejo de risco"<sup>10</sup>. Esta mudança de designação possui a vantagem de substituir um conceito (perigosidade) ligado a um tipo de qualidade estável de um indivíduo, avaliada subjectivamente, por um outro conceito (risco), com uma conotação dimensional, probabilística e logo variável sob múltiplas condições. Com efeito, a predição de "perigosidade" é uma avaliação qualitativa, eminentemente clínica e a predição de "risco" baseia-se nos métodos actuariais (cálculos de probabilidades utilizados nos seguros), é eminentemente matemática e inscreve-se no campo da medicina baseada na evidência. No entanto, a palavra "risco" pode apresentar um inconveniente, que é a sua associação à ideia de perigo, favorecendo a visão que os doentes mentais possuem vários graus de risco e os serviços de psiquiatria e saúde mental podem ser encarados como instâncias de prevenção e controlo do suposto perigo para a comunidade. A esta nova conceptualização está associado o desenvolvimento de instrumentos de avaliação do

risco de violência, baseados em estudos prospectivos sobre comportamentos violentos, em que os factores de risco são identificados por modelos estatísticos de regressão.

Os instrumentos de concepção actuarial actualmente mais difundidos para avaliação de risco em doentes mentais são a *Psychopathy Checklist - Revised* (PCL-R), o *Historical / Clinical / Risk Management-20 (Version2)* (HCR-20) e o *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG)<sup>10</sup> - Quadro I.

Monahan et al.<sup>11</sup>, a partir dos resultados do McArthur Study of Mental Disorder and Violence sugeriram uma abordagem de avaliação actuarial

entre predição estatística e clínica, e observaram que o método estatístico e a avaliação clínica melhoravam a predição sobre o acaso em 27,4% e 8,6%, respectivamente. No entanto, a predição clínica mostrou maior sensibilidade, de 62,8% em comparação com 23,3% do método estatístico.

Uma visão crítica à abordagem actuarial é dada por Beck-Sander e Clark<sup>14</sup> que ressaltam que esta abordagem ao explorar as associações estatísticas é um método de generalizações, dificilmente transposto para casos individuais e que a abordagem clínica pelo contrário, foca

<b>Instrumentos</b>	<b>Autores</b>
<i>Psychopathy Checklist - Revised</i>	Hare, 1991
<i>Historical/Clinical/Risk Management-20</i>	Webster, Douglas, Eaves e Hart, 1997
<i>Violence Risk Appraisal Guide</i>	Quinsey, Harris, Rice e Cormier, 1998

Quadro I - Instrumentos actuariais de avaliação de risco de violência

do risco de violência, baseada num modelo (Iterative Classification Tree Model) que permite várias combinações diferentes de factores de risco consoante as características de cada indivíduo, que no final podem atribuir ao indivíduo um nível de alto ou baixo risco de violência.

Diversos autores defendem que a superioridade dos métodos actuariais sobre os métodos clínicos de avaliação de risco de violência está claramente estabelecida, pelo que são indispensáveis para previsões mais rigorosas<sup>11,12,13</sup>. McNiel, Binder e Greenfield<sup>9</sup> realizaram um estudo comparativo

mais a sua atenção naquilo que é particular ao indivíduo.

Para Mossman<sup>15</sup> o maior valor dos instrumentos actuariais fundamenta-se não nos seus poderes predictivos, mas na capacidade de converter os dados mais recentes da investigação nesta área em conhecimento que os clínicos podem usar para tomar decisões baseadas na evidência acerca do tratamento.

Independentemente da metodologia empregue, a avaliação da probabilidade dos doentes constituírem perigo para os outros é segundo Mullen<sup>10</sup>

uma actividade clínica legítima, embora ressalve que as noções de "perigosidade" ou "risco" são constructos, dependentes de um contexto sociocultural e da evolução dos conhecimentos. Monahan et al.<sup>11</sup> salientam que a avaliação mais eficaz do risco de violência é o primeiro passo para prevenir comportamentos violentos e que o componente irracional do receio da violência cometida por doentes mentais, poderá ser melhor combatido com o estudo mais aprofundado desta realidade e consequente difusão dos seus resultados para os profissionais e público.

**Bibliografia:**

1. Angermeyer M. (2000). Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatrica Scandinavia Suppl.*, 102:63-67.
2. Bonta J., Law M., Hanson K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123: 123-142.
3. Steinert T. (2001). Reducing violence in severe mental illness: community care does not do well. *British Medical Journal*, 323:1093.
4. Monahan J., Steadman H. J. (Eds.). (1994). Toward a Rejuvenation of Risk Assessment Research. In: *Violence and Mental Disorder: Developments in risk assessment*, pp. 1-17. University of Chicago Press, Chicago.
5. Menzies R., Webster C. (1995). Construction and validation of risk-assessments in a six-year follow-up of forensic patients: a tridimensional analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63: 766-778.
6. Werner P., Rose T., Yesavage J. (1983). Reliability, accuracy, and decision-making strategy in clinical predictions of imminent dangerousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51: 815-825.
7. Werner P., Rose T., Yesavage J., Seeman K. (1984). Psychiatrist's judgments of dangerousness in patients on an acute care unit. *American Journal of Psychiatry*, 141: 263-266.
8. Tanke E., Yesavage J. (1985). Characteristics of assaultive patients who do and do not provide visible cues of potential violence. *American Journal of Psychiatry*, 142: 1409-1413.
9. McNiel D., Binder R., Greenfield T. (1988). Predictors of violence in civilly committed acute psychiatric

patients. *American Journal of Psychiatry*, 145: 965-970.

10. Mullen P. (2000). Dangerousness, risk, and the prediction of probability. In: Gelder M., López-Ibor J., Andreasen N. (Eds.), *New Oxford Textbook of Psychiatry*, pp. 2066-2078. Oxford University Press. Oxford.

11. Monahan J., Steadman H., Silver E., Appelbaum P. et al. (Eds.). (2001). *Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. Oxford University Press. Oxford.

12. Harris G. (1993) Violent recidivism of mentally disordered offenders. *Criminal Justice And Behavior*, 20: 315-335.

13. Rice M., Harris G., Quinsey V. (2002). The appraisal of violence risk. *Current Opinion in Psychiatry*, 15: 589-593.

14. Beck-Sander A., Clark A. (1998). Psychological models of psychosis: implications for risk assessment. *Journal of Forensic Psychiatry*, 9: 659-671.

15. Mossman D. (2004). Understanding Prediction Instruments. In Simon R., Gold L. (Eds.) *Textbook of Forensic Psychiatry*, pp. 501-523. American Psychiatric Publishing, Washington, DC.