

**UNIVERSITATEA DE VEST “VASILE GOLDIȘ ” DIN ARAD
FACULTATEA DE MEDICINĂ, FARMACIE
ȘI MEDICINĂ DENTARĂ**

**EVALUAREA ȘI PREDICȚIA RISCULUI PENTRU
VIOLENȚĂ LA POPULAȚIA FORENSICĂ PSIHIATRICĂ.
VIOLENȚA ÎN SCHIZOFRENIE**

Rezumatul tezei de doctorat

Conducător științific:

Prof. univ.dr. PODEA DELIA MARINA

Doctorand : PETRIȘ ALIN OVIDIU

ARAD – 2013

CUPRINS

INTRODUCERE, EXPUNERE MOTIVAȚIONALĂ	5
--	----------

PARTEA I – PARTEA GENERALĂ

Capitolul I. Cadrul legislativ în evaluarea forensică psihiatrică

1.1. Modele legislative în Uniunea Europeană	7
1.2. Modelul legislativ din România	12

Capitolul II. Tulburările de personalitate și comportamentul violent

2.1. Evoluția conceptului tulburărilor de personalitate	15
2.4. Definirea psihopatiei după criteriile Hare și utilizarea scalei PCL-R	28
2.5. Conceptul tulburării de personalitate periculoasă și severă	22

Capitolul III. Schizofrenia și comportamentul violent

3.1. Studiul MacArthur pentru evaluarea riscului pentru violență, Studiul CATIE.....	23
3.2. Studii epidemiologice privind violența în tulburările psihice.....	26

Capitolul IV. Evaluarea și predicția violenței

4.1. Metode de elaborare a predicțiilor	31
4.2. Instrumente	32
4.3. Dimensiuni ale violenței în bolile psihice	36

PARTEA II – CERCETAREA PERSONALĂ

Capitolul V. SCOPUL ȘI OBIECTIVELE

5.1. Scopul cercetării	45
5.1.1. Obiective	45

Studiul 1: Evaluarea și predicția riscului la populația forensică psihiatrică....	45
5.1.1. Scopul.....	45
5.1.2. Ipotezele cercetării	45
5.1.3. Obiective.....	45
5.1.4 Material și metodă.....	46
5.1.5 Rezultate.....	57
5.1.6. Discuții.....	82
5.1.7 Concluzii.....	86
5.2 Studiul 2 : Violența în schizofrenie.....	88
5.2.1Scopul:.....	88
5.2.2. Ipoteze.....	88
5.2.3.Obiective:.....	88
5.2.4 Material și metodă	89
5.2.5. Rezultate.....	93
5.2.6.Discuții.....	110
5.2.7.Concluzii.....	111
Capitolul VI. CONCLUZII.....	113
Concluzii generale.....	115
Particularitatea și originalitatea cercetării.....	115
BIBLIOGRAFIE	117
ANEXE	123

INTRODUCERE, EXPUNERE MOTIVAȚIONALĂ

Activitatea clinică a psihiatrului interferează frecvent cu aspecte medico-legale, de malpraxis, internări nonvoluntare, managementul și/sau tratamentul persoanelor implicate penal. La nivelul Uniunii Europene, în unele state, psihiatria forensică este considerată o specialitate de sine stătătoare a psihiatriei având un program specific de instruire profesională. Sistemul legislativ solicită tot mai mult psihiatrului și psihologului să evalueze periculozitatea, riscul pentru violență sau delincvență, lărgind astfel limitele rolului profesional al psihiatrului care nu întotdeauna este expert în psihiatria forensică (Gray, 2002).

Experiența personală din cadrul activității desfășurate la Spitalului de Psihiatrie și pentru Măsurile de Siguranță Ștei mi-a sugerat necesitatea de a utiliza norme și instrumente de evaluare și în psihiatria forensică. Documentarea medicală detaliată a aspectelor violenței, evaluarea și tratamentul acestora crește calitatea activității psihiatrice. Ghidul de evaluare a riscului pentru violență (Historical, Clinical, Risk Management-20, HCR-20, Webster și colab., 1997) este un instrument tot mai frecvent utilizat în structurile forensice psihiatrice. Ca obiectiv al cercetării proprii a fost evaluarea multifacetată a violenței aplicând și acest instrument (HCR-20) pe populația românească.

Cercetarea prezintă argumentarea științifică pentru a adapta și adopta norme de evaluare ale violenței în practica clinică și forensică psihiatrică, promovate de către toți cei interesați: justiție și sistemul de sănătate.

Teza este structurată în două părți:

Partea I, generală, reflectă fundamentarea teoretică a cercetării, stadiul actual al cunoșterii, cuprinzând patru capitole:

Capitolul I, prezintă proceduri în evaluarea forensică la nivelul Uniunii Europene, dataliind aspectele efectuării expertizei, ale cadrului legislativ european și național privind discernământul, măsurile de siguranță medicală. Se constată că la nivelul statelor europene nu există încă norme unitare privind aspectele forensice și legislative. Salize și Dreßing (2005) apreciază că în prezent doar elaborarea și implementarea de traininguri pentru specialiști în psihiatria forensică sunt obiective dezirabile și realizabile.

Capitolul II, prezintă tulburările de personalitate din perspectiva comportamentului disocial.

Sunt descrise taxonomic tulburarea de personalitate disocială, ”psihopatia” evaluată cu PCL-R (Psychopathy Checklist Revised, Checklist pentru psihopatie revizuit; Hare, 2003) considerată o formă mai severă a tulburărilor de personalitate. Este prezentat istoricul tulburărilor de personalitate și evoluția nozografică spre clasificările DSM-IV-TR, ICD-10 și spre ”psihopatie” (Hare, 2003). Sunt amintite de asemenea instrumentele de evaluare utilizate la populații de delincvenți din structuri corecționale.

Capitolul III, prezintă violența din perspectiva studiilor epidemiologice pentru tulburări mentale majore: schizofrenia, factorii sociodemografici și clinici implicați în comportamentul violent.

Capitolul IV, prezintă modalități de evaluare a violenței, riscului pentru violență, a predicției și managementului acesteia din punct forensic, cu detalierea unor instrumente, clinice sau actuariale, care facilitează evaluarea medico-legală psihiatrică.

Partea a II-a, cercetarea personală, în *capitolul V*, descrie obiectivele, metodologia, ipotezele, lotul de subiecți, instrumentele și procedura de lucru privind violența în evaluarea forensică și în evaluarea clinică de rutină. Subiecții evaluați au fost expertizați medico-legal psihiatric sau au fost internați în spitalul de psihiatrie cu diagnosticul de schizofrenie și reevaluați după externare.

Capitolul VI prezintă concluziile, particularități și contribuția personală.

Concluziile tezei privesc instrumentele utilizate și eșantioanele populaționale analizate în raport cu factorii implicați în violență: demografici, clinici, de risc sau protectivi.

CERCETAREA PERSONALĂ

5.1. Scopul cercetării

Evaluarea și predicția riscului pentru violență la subiecții expertizați medico-legal psihiatric și la pacienții schizofreni din spitalul de psihiatrie și din ambulatorul de specialitate Oradea.

Studiul 1: Evaluarea și predicția riscului pentru violență la populația forensică psihiatrică

5.1.1.Scopul: evaluarea și predicția riscului pentru violență la populația forensică psihiatrică

5.1.2. Ipotezele cercetării

Ip1 – Instrumentul HCR-20 are validitate predictivă pentru violență la populația expetizată medico-legal psihiatric.

Ip2 –Interviul structurat MINI (prin subscala P) justifică diagnosticul de tulburare de

personalitate disocială la subiecții expertizați medico-legal psihiatric pentru fapte penale.

Ip3 – În cazul tulburărilor psihotice, severitatea bolii evaluată cu scala CGI-S prezintă un grad ridicat de concordanță statistică cu concluziile comisiei medicol-legale psihiatrice privind discernământul și recomandările pentru măsuri de siguranță medicală.

5.1.3. Obiectiv primar: Identificarea factorilor implicați în violență la subiecții expertizați medico-legal psihiatric

Obiective secundare:

– Stabilirea gradului de risc pentru violență (ușor/mediu/crescut) utilizând instrumentele HCR-20 și PCL-R.

– Obținerea de date demografice și clinice privind prevalența factorilor de risc pentru violență la lotul studiat.

5.1.4. Material și metodă

5.1.4.1. Lotul de subiecți

Criterii de includere: subiecți expertizați pentru fapte penale în cadrul Laboratorului de Medicină Legală al județului Bihor în Comisia de Expertiză Medico-Legală Psihiatrică (EMLP) în perioada ianuarie 2010 – decembrie 2011.

Criterii de excludere : subiecți fără faptă penală expertizați în comisia de expertiză medico-legală psihiatrică (expertiză la cerere pentru evaluarea capacității de exercițiu, pentru permis de conducere auto, pentru permis de port-armă și pentru punerea sub interdicție).

Lotul este compus din 137 de subiecți majoritatea fiind bărbații (N=125; 91,2%) respectiv femei (N=12; 8,8%) ; din mediul rural provin 59,1% din subiecții expertizați. Vârsta se situează între 16 și 78 de ani cu o vârstă medie de 30 de ani, predomină tineri până la 40 de ani (N=75,9; 75,9%), cu o importantă proporție a celor minori (N=36; 26,3%), cu nivel de școlarizare între 8 și 12 clase (N=49; 35,8%) dar cu un procent crescut de neșcolarizați (N=29; 21,2%), necăsătoriți (N=103; 75,2%), care locuiesc cu părinții (N=70; 51,1%), nu au nici un venit (N=64; 47,4%).

5.1.4.2. Instrumentele cercetării

HCR-20 (Historical Clinical Risk Management-20; Webster, Douglas, Eaves și Hart, 1997) este instrumentul folosit frecvent în evaluarea forensică a riscului pentru violență. HCR-20 cuprinde 20 de itemi, considerați de autori ca fiind implicați în comportamentul violent al delincvenților cu sau fără tulburări mentale. Zece itemi ai HCR-20 sunt itemi demografici, stabili, **istorici, H**; cinci itemi, se referă la **simptomatologia clinică, C** și cinci itemi la **factorii de risc, R**. Itemii se cotează

astfel: 0 = absent, 1 = posibil prezent și 2 = cu siguranță prezent. Utilizarea HCR-20 pe populația românească este facilă datorită suprapunerii semnificației itemilor cu datele obținute în evaluarea psihiatrică de rutină. Potrivit manualului HCR-20 definiția pentru violență este ”comportamentul real, tentativa sau amenințarea de a răni altă persoană sau persoane” (Webster, Douglas, Eaves, și Hart, 1997, p. 24).

Fapta penală pentru care subiectul este expertizat EMLP este definită în raport cu severitatea violenței: ușoară, medie și severă (*ușoară* - violență verbală, ostilitate, amenințare; *medie* - lovire, tâlhărie, *severă* - homicid, violență sexuală, utilizare de arme albe sau de foc, lovitură care pune viața în pericol). Faptele penale *fără violență* au fost considerate ca fiind furtul, ultrajul contra bunelor moravuri, mărturia mincinoasă, distrugerea de bunuri materiale, violarea de domiciliu etc.

PCL-R (Psychopathy Checklist Revised; Hare, 2001) este un instrument standard pentru evaluarea psihopatiei, psihopatie definită și conceptualizată de Hare. Scala validată pe bărbați delincvenți, condamnați penal cuprinde 20 de itemi. PCL-R s-a dovedit a fi un bun predictor pentru recidivă cu sau fără violență (Hare, 2003).

MINI(MINI International Neuropsychiatric Interview; Sheehan, Lecrubier, 1998), validat pe populația românească, este utilizat pentru stabilirea diagnosticului psihiatric, în studiul de față îndeosebi a celui de tulburare de personalitate disocială (subscala „P”).

CGI-S (Clinical Global Impresion Severity; Guy, 1976) și **CGI-I** (Clinical Global Impresion Improvement; Guy, 1976), s-au utilizat doar la subiecții diagnosticați cu tulburările psihotice.

5.1.4.3. Procedura de lucru

Subiecții au fost evaluați de autor alături de membri comisiei de expertiză medico-legală psihiatrică, cu acordul Laboratorului de Medicină-Legală Bihor. Cercetarea a fost efectuată în acord cu standardele etice ale declarației de la Helsinki (1964).

Colectarea datelor pentru studiu, evaluările specifice (interviul MINI) nu au interferat cu decizia comisiei de EMLP. CGI-S s-a utilizat pentru evaluarea severității bolii psihice la tulburările din spectrul schizofreniei și al tulburărilor afective majore.

Diagnosticul a fost formulat conform criteriilor operaționale ale ICD-10 (1992).

Datele socio-demografice utilizate în cercetare au fost obținute adaptând itemii unui inventar socio-demografic european (Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory - European Version, CSSRI-EU - Inventar Socio-Demografic al Serviciilor Primate de Client,

Versiunea Europeană).

Istoricul judiciar – cazierul - a fost obținut prin analiza datelor dosarului penal, accesibil comisiei EMLP.

5.1.4.4. Aparatul statistic

Analiza statistică a datelor s-a efectuat cu programul SPSS 20 (Statistical Packet for Social Science version 20, Pachet Statistic pentru Științe Sociale versiunea 20) pentru Windows, după construirea bazei de date și codificarea datelor în variabile scalare, ordinale și nominale.

S-a respectat anonimizarea datelor de identificare personală care nu au fost de altfel colectate.

5.1.5. Rezultate

În lotul studiat predomină subiecții cu un nivel de inteligență mai redus; retardul mental s-a identificat prin testele psihometrice la $N = 35$; 25,5%, Cu intelect liminar și retard mental au fost identificați 87 subiecți reprezentând 56,2%, la 11 subiecți (18%) examenul psihologic efectuat nu a putut duce la determinarea coeficientului de inteligență datorită necolaborării în rezolvarea testelor psihometrice;

Severitatea maximă a violenței (homicid, viol) s-a înregistrat la 20 subiecți reprezentând 14,6% predominând în grupul celor cu intelect liminal ($N=9$; 6,6%). Analiza corelațională a arătat o asociere de intensitate ușoară dar puternic semnificativă statistic între coeficientul de inteligență și severitatea faptei violente pentru care se efectuează expertiza, afirmație susținută de coeficientul de contingență (CC) = .420 cu $p < .015$.

În lotul studiat se remarcă predominanța debutului bolii între 10 și 19 ani: întrucât am considerat debutul retardului mental în perioada nașterii, debutul tulburării de personalitate la 18 ani și al tulburărilor mentale majore cel stabilit în documentele medicale la care s-a avut acces. Un procent semnificativ nu au identificată o vârstă de debut pentru că nu s-a diagnosticat nici o boală psihică ($N=47$; 34,3%).

La majoritatea subiecților expertizați nu s-au identificat internări ($N=89$; 65%) și istoric psihiatric. Internările nevoluntare s-au identificat la 1 subiect (0,7%) iar cele asistate de poliție la 17 subiecți reprezentând 12,4%,

Frecvența pentru **violența severă-homicid**, din schizofrenie, în lotul studiat ($N=2$; 10%) este redusă comparativ cu violența severă din alte tulburări psihice cum sunt tulburările mentale organice ($N=3$; 15 %), tulburarea de personalitate disocială ($N=8$; 40 %), dependența etanolică

simplă sau comorbidă (N=15; 75 %), fără diagnostic psihiatric de boală majoră (N=15; 75 %).

Validitatea predictivă a HCR-20 pentru violență la subiecții expertizați medico-legal psihiatric

Dintre cei 137 de subiecți, 62 au fost evaluați de doi psihiatri, s-a cota HCR-20 pentru analiza reliabilității inter-rater prin calcularea coeficientului de corelație test-retest ("reliability"). Datele obținute pentru cele trei subscale ale HCR-20 sunt pentru subscala H, $r = 0,86$, pentru subscala C, $r = 0,81$ pentru subscala R, $r = 0,77$.

Subscalele H, C și R se corelează între ele, prin corelații bivariate Spearman semnificand o validitate internă, cu valori de corelație puternică cu scorul HCR-20 Total și cu predicția riscului pentru violență. Analiza de regresie argumentează validitatea internă a celor trei subscale toate contribuind la măsurarea riscului pentru violență, la încadrarea într-o categorie de risc. Subscalele HCR-20 sunt principalii predictorii ai încadrării în grade de risc pentru violență adică a predicției pentru violență ($R^2 = .453$).

Pentru analiza predictivității HCR-20, pentru ierarhizarea factorilor implicați în predicția riscului pentru violență s-a recurs și la metoda ROC-AUC (Receiver Operator Characteristics - Area Under the Curve, Caracteristica de Operare a Receptorului-Aria de sub Curbă), metoda consacrată pentru evaluarea validității acestui instrument (Rice și Harris, 1995).

La predicția unui grad de risc crescut pentru violență, utilizând HCR-20 pentru a încadra subiecții în grade de risc (ușor, mediu, crescut), AUC se corelează semnificativ cu subscalele HCR-20. Valori ale AUC între .6 - .7 sunt considerate medii spre mari, valori ale AUC mai mari ca .75 sunt considerate puternic semnificative (Douglas, 2005)¹.

Subscalele H, C și R au valori AUC puternic semnificative: scorul total la subscala H, (AUC=.801, $p < .001$), scorul total la subscala C (AUC=.761, $p < .001$) scorul total la subscala R (AUC=.704, $p < .001$) și scorul total al HCR-20 (AUC=.838, $p < .001$) care este cel mai puternic predictor pentru încadrarea într-un grad de risc crescut pentru violență.

Printre itemii puternic predictivi este violența anterioară (itemul H1: AUC=.747, $p < .001$).

La predicția unui grad de risc mediu ROC-AUC nu se corelează mai mult decât șansa (când AUC=.5) cu subscalele HCR-20. Predicția unui grad de risc ușor nu se corelează cu subscalele HCR-20, rezultat cu puternică semnificație statistică ($p < .001$).

¹ Douglas, K. S., Yeomans, M., Boer, D. (2005). Comparative validity analysis of multiple measures of violence risk in a sample of criminal offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 32, 479-510

În concluzie curba ROC-AUC nu ilustrează aceeași sensibilitate pentru predicția unui grad de risc ușor, mediu și crescut, la eșantionul neomogen studiat (subiecți cu tulburări mentale majore fără discernământ, cu tulburări mentale cu discernământ și subiecți fără diagnostic psihiatric).

Identificarea tulburării de personalitate disocială cu MINI

Dintre subiecții expertizați, 8 (reprezentând 53,3% din cei cu violență severă, homicid) au diagnosticul de tulburare de personalitate disocială identificată cu MINI. Subiecții cu tulburare de personalitate disocială au fost evaluați ca având discernământul prezent și pentru aceștia nu s-au făcut recomandări de măsuri de siguranță medicală. Subiecții cu tulburare de personalitate disocială îi includ și pe cei cu psihopatia Hare.

Corelații între scala CGI-S, discernământ, recomandări pentru măsuri de siguranță medicală

Scala CGI-S este un indicator de severitate al tulburărilor psihotice, cotea CGI-S corelându-se cu evaluarea comisisei privind discernământul ($\chi^2 (12) = 68.720$, $p < .001$; Cramer V = .409, $p < .001$), recomandările pentru măsuri de siguranță medicală ($\chi^2 (8) = 104.896$, $p < .001$; Cramer V = .619, $p < .001$), valori puternic semnificative statistic.

5.1.6. Discuții

Lotul de subiecți expertizați are particularități privind vârsta subiecților pentru care se efectuează expertiza, care este cu o populație de minori semnificativă; sub vârsta de 18 ani diagnosticul de tulburare de personalitate nu s-a înregistrat datorită convențiilor nosografice. Diagnosticul EMLP pentru tulburarea de conduită, tulburarea de personalitate nespecificată sau tulburarea de personalitate disocială are pondere mai redusă decât identificarea cu instrumentele utilizate suplimentar (MINI, PCL-R, HCR-20) scopul principal solicitat de justiție fiind determinarea discernământului.

Procentul eșantionului de femei reprezintă sub 10 % și este conform cu tendințele europene (Salize și Dreßing, 2005). Nu s-a identificat psihopatie la populația feminină, posibil datorită subiecților femei în număr redus (N=12; 9,1%) posibil datorită conceptului de psihopatie și tulburare de personalitate la femei, calității discriminative a PCL-R (itemul H7 al HCR-20) pentru identificarea psihopatiei la femei.

Predicția a avut în vedere o perioadă de maxim un an având în vedere factorii contextuali, de

mediu pentru acești subiecții (accesul la tratament, dispensarizare, plasarea în instituții medicale sau penitenciar), având în vedere scenarii care ar implica violența: asupra cui se va răsfrânge, cu ce severitate.

Factorii de risc, subscala R s-au scorat având în vedere plasarea în urma procesului penal.

Încadrarea în grade de risc pentru violența ulterioară este un indiciu pentru măsurile de tratament și management, pentru justiție predicția este importantă dar și managementul riscului pentru violență este la fel de important recomandându-se astfel măsuri de siguranță medicală pentru fiecare grad de risc.

Concluzii

1) Instrumentul HCR-20 are validitate la test-retest la toate subscalele sale și la scorul total. Coeficientul de corelație test-retest pentru subscale este astfel: pentru subscala H, $r = 0,86$; pentru subscala C, $r = 0,81$ iar pentru subscala R, $r = 0,77$.

2) Subscalele HCR-20 au consistență internă fiind corelate, fapt demonstrat de corelațiile bivariante Spearman, subscalele corelându-se între ele și cu predicția riscului pentru violență.

3) Itemii HCR-20 au o pondere diferită în corelarea cu predicția riscului pentru violență fapt demonstrat de corelațiile Spearman ale itemilor subscalelor H, C și R și curbele ROC-AUC pentru fiecare item.

4) Ierarhizarea ponderii factorilor implicați în predicție, pe primele locuri fiind itemi sau subscale ale HCR-20: Scorul total al HCR-20, itemul H1-violența anterioară, scorul total la subscala C, severitatea faptei violente, fapta penală pentru care se efectuează expertiza, lipsa unor relații de suport personal, vârsta la primul incident violent, debutul bolii psihice, atitudinea negativă disocială.

5) S-a evidențiat ponderea diferită a variabilelor date de itemii HCR-20 și de subscalele HCR-20 pentru predicția riscului crescut de violență, cei mai importanți predictorii fiind HCR-20 Total (AUC=.838, $p<.001$), H1 (AUC=.747, $p<.001$), scorul total la subscala H, (AUC=.801, $p<.001$) scorul total la subscala C (AUC=.761, $p<.001$), scorul total la subscala R (AUC =.704, $p<.001$).

6) Instrumentul MINI documentează tulburarea de personalitate disocială, care la eșantionul studiat are o proporție mai mare decât a psihopatiei ($\chi^2(4)=277.197$; $p<.001$).

7) Scala CGI-S este un indicator de severitate al tulburărilor psihotice, cotarea CGI-S

corelându-se cu evaluarea comisiei privind discernământul ($\chi^2 (12) = 68.720, p < .001$; Cramer $V=.409, p<.001$), recomandările pentru măsuri de siguranță medicală($\chi^2 (8)=104.896, p<.001$; Cramer $V =.619, p<.001$), semnificativ statistic.

8) Majoritatea subiecților au fost expertizați pentru fapte penale fără violență. Distribuția faptelor penale la cei 137 de subiecți expertizați, au fost: cu violență ușoară (N=10; 7,3%), violență medie (N=31; 22,6%), violență severă, homicid (N=20, 14,6%), faptă fără violență (N=76; 55,5%).

9) Ponderea tulburărilor mentale din spectrul schizofreniei și spectrul afectiv este redusă la subiecții evaluați în cadrul EMLP (N=25; 18,2%) ; subiecții au predominant tulburări legate de substanțe psihoactive (alcool: N=64, 46,7%), retard mental (N=35; 25,5%), tulburare de personalitate disocială (N=22; 16,1%), psihopatie Hare (N=11; 8%)

10) Fapte penale cu violență severă (homicid) se înregistrează în tot spectrul patologiei psihiatrice dar violența severă este mai redusă în tulburările din spectrul schizofreniei (N=2; 1,5%) comparativ cu bolile în care discernământul este prezent (tulburarea de personalitate disocială (N=9; 6,6%), psihopatia (N=5; 3,6%) și dependența de alcool (N=15; 10,9%).

Studiul 2: violența în schizofreni

5.2.1. Scop: Evaluarea și predicția riscului pentru violență la subiecții schizofreni din spitalul de psihiatrie generală și din ambulatorul de specialitate, evaluați în perioada internării și ulterior în ambulator

5.2.2. Ipoteze

Ip1 – la evaluarea în dinamică, scorul subscalei C – clinice a HCR-20 și implicarea acesteia în predicția riscului, după șase luni de tratament, se modifică semnificativ, sub efectul tratamentului;

Ip2 – La subiecții schizofreni în tratament scorurile la scala CGI-I (impresia clinică globală de ameliorare) se asociază cu subscala C al HCR-20.

Ip3 – există diferențe semnificative statistic cu privire la variabilele demografice, clinice și cele ale HCR-20 între eșantionul pacienților schizofrenii evaluați în dinamică și lotul subiecților expertizați

Ip4 – Tramentul medicamentos cu neuroleptice depot la schizofreni se corelează cu aderența la tratament și comportamentul violent.

5.2.3. Obiective primar – Utilizarea unor instrumente consacrate în scopul evidențierii

factorilor de risc pentru violență. **Obiective secundare:**

- Stabilirea gradului de risc pentru violență (ușor/mediu/crescut) utilizând HCR-20
- Colectarea de date demografice și clinice privind prevalența factorilor de risc pentru violență la pacienții schizofreni evaluați în perioada internării în spital și ulterior în ambulatorul de specialitate

5.2.4. Material și metodă

5.2.4.1. Lotul de subiecți

Criterii de includere:

- pacienții schizofreni internați în secția de psihiatrie Oradea și ulterior dispensarizați.
- diagnosticul de schizofrenie

Criterii de excludere:

- pacienții care nu au putut fi evaluați deloc după externare
- pacienții cu tulburări psihice din spectru schizofreniei: primul episod psihotic schizofreniform, tulburarea psihotică acută cu simptome de schizofrenie, tulburarea schizoafectivă.

Lotul include 59 de bărbați cu diagnosticul de schizofrenii internați în Spitalul Clinic de Neurologie și Psihiatrie Oradea în perioada ianuarie 2010- decembrie 2010, diagnosticul fiind stabilit, conform criteriilor operaționale ale ICD-10.

Lotul de pacienți are vârsta medie de 42,5 ani, grupa de vârstă între 30 și 65 de ani reprezentând 86,4%. Majoritatea pacienților au între 10 și 19 ani de la debutul bolii psihice (N=29 ; 49,2%). Predominant pacienții schizofreni evaluați sunt necăsătoriți, singuri (N=43, 72,9%), procentul celor căsătoriți fiind redus (N=10, 16,9%); încadrați în grad de invaliditate (N=43; 74,6%) și cei pensionari de boală (N=11; 18,6%). Se remarcă un singur pacient (N=1, 1,7%) fără ocupație, fără venituri minime. Majoritatea pacienților locuiesc cu părinții (N=33, 55,9%) sau cu familia proprie (N=10, 16,9%).

5.2.4.2. Instrumentele de investigare utilizate au fost HCR-20, Scala CGI-S, Scala CGI-I.

Cercetarea a fost efectuată în acord cu standardele etice ale declarației de la Helsinki (1964).

5.2.4.3. Procedura de lucru:

Studiul a fost un studiu prospectiv pentru analiza în dinamică a factorilor implicați în violență. Analiza factorilor clinici implicați în violență utilizând HCR-20, CGI-S, CGI-I, datele de heteroanamneză, istoricul medical psihiatric, interviul clinic psihiatric, identificarea aderenței și

tipului de tratament, evaluările fiind făcute în perioada internării (momentul 1, în prima săptămână după internare) și momentul 2, în ambulator după o perioadă de urmărire cuprinsă între 6 și 12 luni, la schizofreni bărbați internați în Spitalul Clinic de Neurologie și Psihiatrie Oradea în perioada ianuarie 2010 - decembrie 2010. Internarea s-a efectuat de regulă prin serviciul de gardă, de urgență, datorită exacerbării simptomatologiei psihiatrice, pe secția de psihiatrie acuți.

Tratamentul psihotrop utilizat atât în perioada internării cât și în ambulator a inclus neuroleptice clasice, neuroleptice atipice, neuroleptice depot, asociații de psihotrope între neuroleptice și neuroleptice sedative (levomepromazină), timostabilizatoare sau antidepressive.

Categoria neurolepticelor depot a inclus neurolepticele clasice depot (flupentixol depot, haloperidol decanoat) și neurolepticele depot atipice (olanzapină și risperidonă depot), medicație care a fost înregistrată doar în această categorie. Alegerea neurolepticului depot s-a făcut pentru creșterea aderenței la tratament. Asocierea de benzodiazepine și hipnotice nu s-a înregistrat la categoria de asociații medicamentoase de psihotrope.

Criterii pentru aderența la tratament în studiul prezent au fost prezentarea la consult, tratament și utilizarea medicației prescrise. Datele despre aderență au fost autoraportate sau colectate de la aparținători.

Identificarea faptelor violente a fost efectuată prin utilizarea interviului psihiatric nestructurat și colectarea datelor de la membrii familiei în cazurile unde a fost posibil.

Violența la fel ca în studiul subiecților expertizați a fost definită în grade de severitate astfel: ușoară (amenințare, îmbrâncire, distrugere), medie (lovire, tâlhărie), severă (ofensă sexuală, viol, violență implicând o armă albă sau de foc, lovitură care pune viața în pericol, homicid). Potrivit acestei definiții alte fapte penale nu au constituit un obiectiv al cercetării prezente.

5.2.4.4. Analiza statistică:

Datele colectate au fost codificate și introduce într-o bază de date păstrând anonimizarea datelor de identificare; analiza statistică s-a efectuat cu programul SPSS 20 pentru Windows.

5.2.5. Rezultate

În eșantionul pacienților schizofreni predomină subiecții cu inteligența medie (N=33 , 54,2%), intelectul luminar este important reprezentat (N=20, 33,9%), iar inteligența superioară este identificată la N=6 reprezentând 10,2%.

Internările nevoluntare s-au înregistrat la un număr redus de pacienți (N=2; 3,4%) iar internările asistate de poliție sau realizat voluntar pacientul dându-si consimțământul (N=3; 5,1%).

Internările anterioare celei curente (cu un an, N=10; 17%) s-au înregistrat în proporție importantă iar majoritatea au fost pacienții cu mai mult de cinci internări (N=18; 30,5%). Pacienții internați în perioada de dispensarizare în ambulator de cel puțin șase luni până la un an au fost 14 reprezentând 23,7%.

Abuz de alcool s-a înregistrat la 37,3 % din pacienți, consumul de etnobotanice (N=1; 1,7%) pe model dependent, iar la trei pacienți s-au înregistrat (N=3; 5,1%) asociații între substanțe psihoactive incluzând alcool, etnobotanice, substanțe psihodisleptice.

Severitatea bolii psihice măsurată cu scala CGI-S, evoluția bolii măsurată cu scala CGI-I arată că subiecții studiului au o responsivitate parțială la tratament (20% au acuze de aceeași intensitate la evaluarea făcută după cel puțin 6 luni, cu cele de la internarea la care au necesitat spitalizare). Analiza corelației bivariante prin metoda Kendal tau-b dintre CGI-S și CGI-I are valoarea tau-b=.469, $p<.001$, valori cât mai apropiate de 1 semnificând variabile dependente iar valorile spre 0 variabile independente.

Violență ușoară au prezentat 18 pacienți (30,5%), 9 pacienți (15,3%) au prezentat violență medie, 32 pacienți (54,2%) nu au prezentat violență.

La prima evaluare, în cursul internării încadrarea în grade de risc este: crescut la 20,3%, mediu la 39,0% sczut la 40,7%. La evaluarea în ambulator, încadrarea în grade de risc este în proporții asemănătoare. Predicția crescută de risc pentru violență s-a validat doar în fapte violente care nu au inclus violența severă (homicid, agresiune sexuală).

Modificarea subscalei C a HCR-20 într-o perioadă de șase luni sub efectul tratamentului

Analiza de regresie lineară la eșantionul de schizofrenii evaluați în perioada internării și în ambulator reflectă modificări semnificative. Pentru perioada internării coeficientul de predicție R^2 prezintă valoarea .476 ceea ce indică o capacitate de predicție de 47,6 % iar în ambulator $R^2=.651$ ceea ce semnifică o capacitate de predicție de 65,1 %.

Între cele două evaluări modificarea severității bolii (scorul CGI-I se reduce) indică o scădere a simptomatologiei clinice și o modificare a subscalei C a HCR-20 alături de alți factori implicați în schizofrenie.

Testul t pentru eșantioane perechi, pentru identificarea unor semnificații statistice între cele două momente ale evaluării subiecților schizofreni, evidențiază modificări semnificative statistice ale variabilei subscala C [$t(58)=3.187$; $p<.002$] scorul reducându-se semnificativ și a variabilei aderența

la tratament [$t(58)=2.954$; $p<.005$] ceea ce semnifică creșterea aderenței.

Pentru variabilele subscala H și R nu s-au înregistrat modificări semnificative statistic între cele două momente, ceea ce susține stabilitatea coterării subscalei H și potențialul de modificare a subscalei C după o perioadă de tratament de șase luni.

Particularități semnificative statistic între subiecții expertizați și pacienții schizofreni

Diferențelor semnificative statistic cu privire la cele două esantioane: al subiecților expertizați și al pacienților schizofreni, privind variabilele demografice, clinice și ale itemilor și subscalelor HCR-20 am verificat-o prin **testul t pentru eșantioane independente**. Pentru a compara adecvat din punct de vedere metodologic aceste eșantioane s-au exclus din eșantionul subiecților expertizați cei cu vârsta sub 20 de ani, ($N=45$; 35,8%) o proporție semnificativă dintre aceștia fiind minori, ($N=36$; 26,3%), s-au exclus de asemenea și cazurile peste 65 de ani care au reprezentat ($N=3$; 2,2%).

Pentru variabila itemul H1 (violența anterioară) $t(142)=1.086$; $p=.279$ semnifică absența unei diferențe semnificative statistic între cele două eșantioane privind istoricul de violență; violența regăsindu-se la ambele loturi dar cu diferențe semnificative în ce privește severitatea (homicidul) sau urmărirea penală;

Variabila itemul H5 (probleme legate de substanțe psihoactive), alcool în general arată că nu există diferențe între cele două loturi, dependența de alcool fiind uniform distribuită în ambele eșantioane: $t(142)=1.736$, $p=.085$.

Pentru variabila H7 (psihopatia) [$t(142)=4.146$, $p<.001$] și variabila H9 (tulburare de personalitate) [$t(142)=5.197$, $p<.001$], sunt diferențe semnificative între cele două loturi. Această diferență constatată susține conceperea HCR-20 pentru a fi folosită pe populații eterogene, la schizofreni și psihoze în general, H7 și H9 fiind cotați absent.

La scorul subscalei H total, $t(142)=2.914$, $p<.004$ semnifică o creștere a scorului la pacienții expertizați.

Aportul adus de înregistrarea primului incident violent pe grupe de vârstă mai înguste decât cele recomandate de HCR-20 identifică o vârstă mai crescută pentru schizofreni a primului incident violent: $t(142)=-5.586$, $p<.001$.

Nivelul de școlarizare este mai crescut la pacienții schizofreni decât la cei expertizați: $t(142)=4.147$, $p<.001$. Indicele de inteligență este mai crescut la pacienții schizofreni decât la cei

expertizați: $t(142)=-2.061$, $p=.039$

Severitatea faptei violente este o dimensiune care este statistic semnificativă între cele două eșantioane conform testului t , $t(142) = -6.757$, $p < .001$, diferențe explicate prin fapta mai severă în primul grup și fapta penală care nu implică violență frecvent înregistrată la subiecții expertizați.

Pentru predicția unui grad de risc pentru violență sunt diferențe semnificative între cele două grupuri, predicția fiind mai rezervată pentru subiecții expertizați decât pentru pacienți: $t(142)=2.827$, $p < .001$.

Relația tratament neuroleptic, aderență, comportament violent

La evaluarea din ambulator predominant sunt neurolepticele atipice ($N = 24$; 40,7%), urmate de neurolepticele depot ($N=19$; 32,2%) și de asociațiile de neuroleptice cu neuroleptice, antidepressive și timostabilizatoare ($N=13$; 22%); tratamentul cu clozapină, marker de refractaritate și rezistență la tratament s-a înregistrat la un singur subiect.

Asocierea variabilelor tipul de tratament medicamentos cu aderența la tratament este semnificativă statistic. Astfel coeficientul de contingență este $\chi^2(10)=46.458$, $p < .001$ iar coeficientul de contingență $cc=.531$; $p < .001$. Analiza prin testul Kalgomorov-Smirnov evidențiază că aceste variabile sunt potrivite pentru prelucrare statistică cu testul χ^2 . Aderența între momentul evaluării în spital și evaluării din ambulator crește de la 30,5% la 66,1%.

Aderența la tratament se modifică semnificativ statistic [$t(58)=2.954$, $p < .005$] între cele două evaluări fapt susținut de testul t pentru eșantioane perechi, aderența și subskala C modificându-se spre o evoluție favorabilă (aderența crește, scorul la subskala C a HCR-20 scade).

Tipul de tratament medicamentos nu se asociază statistic cu variabila severitatea faptei violente fiind două variabile independente, astfel coeficienții de corelație nu au semnificație statistic, coeficientul de contingență $cc=298$, $p=.320$.

5.2.7 Concluzii

1) Comportamentul violent se înregistrează la 45,8% din pacienții schizofreni după externare într-o perioadă de urmărire de 6 luni. Violența medie s-a înregistrat la 15,3% din pacienți. Aceste fapte violente nu au avut implicații penale.

2) La pacienții schizofreni după externare din spitalul de psihiatrie generală, scorul HCR-20 Total nu se modifică semnificativ pe o perioadă de șase luni dar scorul la subskala C a HCR-20 se

modifică semnificativ sub influența tratamentului.

3) S-a evidențiat ponderea crescută în elaborarea predicției riscului pentru violență, pentru subscalele H-istorică și C-clinică prin analiza de regresie (coeficientul de determinare $R^2=.651$).

4) Aderența la tratament se modifică semnificativ statistic între cele două evaluări [$t(58) = 2.954, p < .005$], de la 30,5% la 66, 1%.

5) Există particularități privind variabilele demografice, clinice și ale HCR-20 între lotul forensic și lotul pacienților schizofreni aceștia fiind fără cazier, având o faptă violență mai puțin severă, un grad de școlarizare și de inteligență mai crescut. Predicția riscului pentru violență a fost mai severă la subiecții expertizați.

6) Predicția riscului pentru violență, la subiecții schizofreni după externare, asistată de HCR-20, pentru o perioadă a predicției de șase luni, prin încadrarea în grade de risc pentru violență (ușor, mediu, sever) este corelată semnificativ statistic cu severitatea comportamentului violent (coeficientul de contingență $cc=.440, p < .007$).

7) La pacienții schizofreni sub tratament medicamentos, scorul la scala CGI-I se corelează cu cel al subscalei C, clinice, a HCR-20.

8) Tipul de terapie medicamentoasă neuroleptică se corelează cu aderența fiind mai crescută la pacienții tratați cu neuroleptice atipice. Pacienții tratați cu neuroleptice depot au o aderență mai scăzută decât cei cu atipice datorită selecției acestui tratament la cei cu un risc crescut de neaderență.

9) Tipul de tratament medicamentos neuroleptic și gradul de severitate al comportamentului violent la eșantionul studiat nu se asociază statistic.

Capitolul VI - CONCLUZII

1. Instrumentul HCR-20 are validitate predictivă pentru predicția riscului pentru violență.
2. Instrumentul MINI documentează tulburarea de personalitate disocială, care la eșantionul studiat are o proporție mai mică decât a psihopatiei.
3. CGI-S este un indicator de severitate al tulburărilor psihotice, cotelele CGIS corelându-se cu evaluarea comisiei de expertiză medico-legală psihiatrică privind discernământul, recomandările pentru măsuri de siguranță medicală, predicția riscului pentru violență.
4. Fapte penale cu violență severă se înregistrează în tot spectrul patologiei psihiatrice dar violența severă este mai redusă la schizofrenie comparativ cu bolile în care

discernământul este prezent (tulburarea de personalitate disocială, psihopatia și dependența de alcool) sau absența unui diagnostic psihiatric.

5. Comportamentul violent la pacienții schizofreni după externare într-o perioadă de urmărire de 6 luni, se înregistrează la 45,8% din care violență medie (lovire care produce injurii) s-a înregistrat la 15,3% din pacienți, fapte violente care nu au avut implicații penale.
6. La pacienții schizofreni după externare din spitalul de psihiatrie generală, scorul HCR-20 Total nu se modifică semnificativ pe o perioadă de șase luni dar scorul la subscala C-clinică, a HCR-20 se modifică semnificativ sub influența tratamentului medicamentos.
7. Tipul de terapie medicamentoasă neuroleptică se corelează cu aderența fiind mai crescută la pacienții tratați cu neuroleptice atipice. Pacienții tratați cu neuroleptice depot au o aderență mai scăzută decât cei cu atipice datorită selecției acestui tratament la cei cu un risc crescut de neaderență.
8. Tipul de tratament medicamentos neuroleptic și gradul de severitate al comportamentului violent la eșantionul studiat nu se asociază statistic.

Particularități și contribuția personală

Particularități ale lucrării sunt date de calitatea datelor colectate. Cotarea HCR-20 s-a efectuat de doi medici primari psihiatri, familiarizați cu psihiatria judiciară, cu experiență în utilizarea instrumentelor psihometrice, o premisă pentru asigurarea unor cotări de calitate.

Colaborarea cu comisia de EMLP a fost un garant al calității evaluării diagnostice, recomandările acestora fiind utilizate în justiție, a permis accesul la date detaliate despre subiecții expertizați

Contribuția personală:

1. S-a utilizat un eșantion care conține o populație de nișă (minorii) alături de ceilalți subiecți expertizați;
2. Asocierea instrumentelor MINI, PCL-R și HCR-20 pentru identificarea tulburărilor de personalitate;
3. Analiza longitudinală de tip follow-up a subiecților schizofreni din structurile psihiatriei generale, evaluați pe perioada internării și ulterior în ambulator peste cel puțin șase luni;
4. Prima utilizare a HCR-20 la un eșantion național de pacienți schizofreni care nu au avut implicații penale și sau internat datorită exacerbării simptomatologiei.

Limitări:

Absența unui eșantion feminin de subiecți schizofreni din populația comunitară;

Colectarea datelor despre violență doar de la subiecți și aparținători;

Perioadă de urmărire de mai puțin de un an a pacienților schizofreni, dar evaluarea acestora în mediu de spital și de ambulator este o particularitate care permite evaluarea în mediu neinstituționalizat, analiza influenței contextuale a mediului de viață al pacientului.

Recomandări:

Necesitatea adaptării unor instrumente de evaluare a riscului pentru violență doar în urma unui program de instruire și stabilirea unor norme de utilizare. Instituțiile care le elaborează și le diseminează este necesar să asigure utilizarea corectă a acestora.

Utilizarea HCR-20 pentru predicții de durată (șase luni, 1 an) și nu pentru evaluarea riscului pentru violență în secții de psihiatrie acuți, pe perioada internării.

Considerăm că excluderea aportului adus de PCL-R pe populații particulare față de cele pentru care este consacrat PCL-R (delincvenții cu antecedente penale din penitenciar) nu reduce validitatea predictivă a HCR-20, mai ales în cazul psihozelor, schizofreniei. Diagnosticul de tulburare de personalitate cu o acoperire conceptuală mai vastă include pe cel de psihopatie care este o nuanțare a acestuia.

Comunitatea necesită informare asupra aspectelor violenței și posibilităților medicale pentru a reduce stigmatizarea bolnavului psihic.

Bibliografie:

Douglas, K. S., Yeomans, M., Boer, D. (2005). Comparative validity analysis of multiple measures of violence risk in a sample of criminal offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 32, 479-510

Guy, W., (1976) *CGI: Clinical Global Impression. ECDEU assessment manual for psychopharmacology*; 217-22.

Hare, R.D. (2003). *Manual for the Psychopathy Checklist-Revised* (2nd ed.). Toronto, ON: Multi-Health Systems

Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., and Hart S.D. (1997). *HCR-20: Assessing the Risk for Violence (Version 2)*. Vancouver: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University

Sheehan D.V., Lecrubier Y., Sheehan K.H., *et al.* (1998) "The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic

psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10". *J Clin Psychiatry*; 59 Suppl 20: 22–33