

Matricídio e transtorno bipolar

Matricide and bipolar disorder

ALEXANDRE MARTINS VALENÇA¹, MARCO ANDRÉ MEZZASALMA², ISABELLA NASCIMENTO³, ANTONIO EGIDIO NARDI⁴

¹ Doutor em Psiquiatria, professor adjunto do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ.

² Doutorando do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

³ Doutora em Psiquiatria pelo IPUB-UFRJ.

⁴ Livre-docente, professor-associado do IPUB-UFRJ.

Recebido: 17/2/2009 – Aceito: 15/7/2009

Resumo

Contexto: Matricídio é o assassinato de uma mãe pelo filho ou filha, uma forma de homicídio raramente vista na prática psiquiátrica. Estudos de casos de matricídio têm revelado a presença de transtornos mentais, tais como esquizofrenia, transtorno bipolar, transtornos de personalidade e alcoolismo, assim como casos em que não há evidência de transtorno mental. **Objetivo:** Tem-se como objetivo relatar o caso de uma mulher com transtorno bipolar que assassinou a sua genitora e que foi avaliada em perícia psiquiátrica para avaliação da responsabilidade penal. **Métodos:** Foi realizada entrevista psiquiátrica, sendo o diagnóstico psiquiátrico estabelecido com base na entrevista e observação dos registros periciais e hospitalares, utilizando-se os critérios diagnósticos DSM-IV-TR. **Resultados:** A examinanda foi considerada inimputável, em virtude da presença de doença mental que afetou inteiramente o seu entendimento e determinação em relação ao delito praticado. Ela cumpre medida de segurança em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico há dois anos. **Conclusão:** É importante que psiquiatras e outros profissionais da saúde mental estejam atentos para risco de comportamento violento em pacientes que apresentam história de doença mental de longa duração, com episódios de violência durante a fase aguda, ameaças contra familiares ou amigos e falta de tratamento psiquiátrico regular.

Valença AM, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2009;36(4):170-4

Palavras-chave: Violência, homicídio, transtorno mental, transtorno do humor.

Abstract

Background: Matricide is the killing of one's own mother, and a type of homicide rarely seen on psychiatric practice. Matricide cases studies have shown the presence of mental disorders, such as schizophrenia, bipolar disorder, personality disorders and alcoholism, and have also found cases where there is no evidence of mental disorders. **Objective:** We aim to report a case of a woman with bipolar disorder that murdered her own mother and had a psychiatric forensic evaluation to ascertain her penal imputability. **Methods:** Psychiatric interview was carried out and the psychiatric diagnosis was established based on the interview and analysis of forensic and hospital records, using the DSM-IV-TR criteria. **Results:** The examinee was considered not guilty by reason of insanity, due to the presence of a mental disorder that affected her entire understanding and determination of the practiced delict. She has been under inpatient forensic psychiatric care for two years. **Discussion:** It is important that psychiatrists and other mental health professionals be alert to the risk of violent behavior in patients that present a long history of mental disorder and present episodes of violence during the acute phase, or threats against relatives and friends, or the lack of regular psychiatric treatment.

Valença AM, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2009;36(4):170-4

Keywords: Violence, homicide, mental disorder, mood disorder.

Introdução

O matricídio é definido como o assassinato de uma mãe pelo filho ou filha, sendo uma das formas mais raras de homicídio, com taxas que variam de 1% a 4% de todos os homicídios^{1,2}. Alguns estudos realizados com amostras de instituições psiquiátricas sugeriram que o matricídio seria cometido especialmente por homens esquizofrênicos³. Entretanto, casos judicialmente confirmados de indivíduos não hospitalizados têm revelado a presença de outros transtornos mentais, tais como transtorno bipolar, transtornos de personalidade e alcoolismo, assim como casos em que não há evidência de psicopatologia². Na literatura há poucos estudos sobre a associação entre matricídio e transtorno bipolar.

O maior estudo descritivo sobre o matricídio foi realizado por Green¹, com amostra de 58 pacientes homens admitidos em hospital da Inglaterra, entre os anos de 1960 e 1969. Destes, 74% tinham diagnóstico de esquizofrenia, 15,5% tinham diagnóstico de depressão psicótica ou endógena e 10,5% tinham diagnóstico de transtorno de personalidade. Neste estudo também foi encontrado que em 70% dos casos havia presença de sintomatologia psicótica na semana anterior ao matricídio. Dos que apresentavam transtornos psicóticos, 83% não estavam recebendo nenhum tipo de tratamento à época da ofensa.

D'Orban e O'Connor⁴ realizaram estudo com 17 casos de matricídio/parricídio de 239 mulheres homicidas na Inglaterra, presas entre os anos de 1977 e 1986. Destas, 11 estavam em prisões, 5, em hospitais especiais e 1, em unidade de segurança. Houve 14 casos de matricídios e 3 casos de parricídio. Em 13 dos casos de matricídio, a relação mãe-filha foi de dependência mútua, com fortes sentimentos de hostilidade. As mães foram descritas como dominadoras, com elevada demanda, hipercríticas e autoritárias. Doze pacientes (70%) tinham história prévia de tratamento psiquiátrico em regime ambulatorial ou de internação hospitalar e 3 estavam em tratamento psiquiátrico na época da ofensa criminal. Onze pacientes (65%) tinham história prévia de tentativa de suicídio, 5 tinham história de abuso de álcool e 2, de múltiplas drogas.

Ainda em relação a este último estudo⁴, foi encontrado que um diagnóstico de transtorno psicótico primário esteve presente em 11 pacientes (65%) de todos os matricídios: 6 casos de esquizofrenia e 5 de depressão psicótica. Das outras 3 matricidas, 2 apresentavam transtornos de personalidade e 1, síndrome de dependência de álcool. Nenhum dos 3 parricídios foi associado a transtornos psicóticos. O matricídio esteve diretamente relacionado à sintomatologia psicótica em 10 casos, incluindo delírios persecutórios (inclusive casos em que a mãe era a perseguidora) e altruístas. Na maioria dos casos o fator precipitante imediato do crime foi um desentendimento verbal com um dos pais.

Na Escócia foi realizado um estudo retrospectivo² de matricídios, no período de 1957 a 1987. Foram estudados os casos encaminhados para internação hospitalar, por serem inocentes, em virtude de insanidade mental, e os indivíduos presos, considerados culpados. Foram identificados 26 casos de matricídio, sendo 23 cometidos por homens e 3 cometidos por mulheres. Em relação ao diagnóstico psiquiátrico, 10 ofensores apresentavam transtornos psicóticos no momento da ofensa (6 tinham diagnóstico de esquizofrenia, 3, de depressão e 1, de mania), 4, síndrome de dependência de álcool e 5, transtornos de personalidade. Sete não apresentavam nenhum diagnóstico. Um achado importante foi que 12 ofensores (46%) estavam intoxicados pelo álcool no momento da ofensa, incluindo um indivíduo psicótico.

Em outro estudo retrospectivo⁵ foram identificados 11 casos de matricídios, ocorridos em período de 20 anos (1985-2004), na Austrália. Destes, 10 eram filhos e 1 era filha. Em todos os casos, armas como objetos grosseiros (n = 5), facas (n = 5) e armas de fogo (n = 3) ou ligaduras (n = 1) foram utilizadas durante a agressão. Nesta amostra os transtornos mentais estiveram presentes em 9 casos (82%), incluindo 3 com esquizofrenia e 2 com depressão. Outros 4 casos foram considerados inocentes, em virtude de insanidade mental, porém sem haver especificação do diagnóstico psiquiátrico.

Em estudo canadense sobre parricídio (assassinato de pais por filhos), realizado em período de 15 anos (1990 a 1995), por meio de consultas a arquivos e inquéritos policiais de mortes suspeitas e a registros psiquiátricos, Bourget *et al.*⁶ encontraram 64 casos, sendo 37 (57,8%) de parricídio e 27 (42,1%) de matricídio. Para ambas as ofensas, os transtornos mentais do eixo I mais frequentes foram a esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (54,2% de matricídios e 46% de parricídios), seguidos de depressão (16,7% de matricídios e 13,9% de parricídios) e intoxicação por substâncias psicoativas (4,2% de matricídios e 5,6% de parricídios). Dos perpetradores, apenas 4 (6,3%) eram mulheres, das quais 3 cometeram matricídio. Destas, 2 apresentavam transtornos psicóticos e 1, intoxicação por substância psicoativa.

Alguns estudos têm investigado a relação entre transtornos afetivos e comportamento violento. Na Dinamarca, um estudo⁷ acompanhou pessoas desde o seu nascimento até a idade adulta, utilizando dados de 324.401 indivíduos com idade entre 43 e 46 anos. Entre os homens, tiveram história de pelo menos uma prisão: 13% daqueles que nunca haviam sido admitidos em tratamentos psiquiátricos, 20% daqueles que foram admitidos com depressão psicótica e 27% daqueles com transtorno bipolar. Entre as mulheres, de forma semelhante, 3,5% das que nunca tinham sido admitidas em unidades de tratamento psiquiátrico, 8% daquelas com depressão psicótica e 10% daquelas com transtorno bipolar tinham sido presas. Outro dado encontrado é que o risco de delito violento foi maior entre os homens e mulheres com transtornos afetivos graves.

Em Quebec, Hodgins⁸ examinou uma amostra de pacientes com transtornos afetivos graves e esquizofrenia, durante um período de 24 meses após alta de um hospital forense e dois hospitais psiquiátricos gerais. A amostra foi formada por pacientes do sexo masculino, sendo 30 com diagnóstico de transtorno afetivo grave (18 com transtorno bipolar e 12 com depressão maior) e 74 com esquizofrenia. Após o período de seguimento, 33% dos pacientes com transtornos afetivos graves e 15% daqueles com esquizofrenia cometeram delitos, a maioria violentos, de acordo com a definição do estudo (homicídio, tentativa de homicídio, assalto e posse e uso de armas de fogo e agressão sexual).

Investigando o mesmo tema, Graz *et al.*⁹ revisaram os registros de ofensas criminais perpetradas por 1.561 pacientes com transtorno bipolar tratados entre 1990 e 1995 em um hospital em Munique, na Alemanha. Encontraram que 65 pacientes (4,16%) tinham sido condenados após 7 a 12 anos de alta hospitalar. A taxa de comportamento criminoso foi maior no grupo de pacientes que apresentavam sintomas maníacos agudos, sendo que 5,6% dos pacientes desse grupo foram condenados por crimes violentos. Um histórico de abuso de substâncias foi encontrado em 21,2% da amostra total (329 de 1.561), o que destaca a importância dessa comorbidade em pacientes bipolares que apresentaram conduta criminosa ou violenta.

Descrição do caso

A., sexo feminino, 28 anos, natural do Rio de Janeiro, cor branca, solteira, sem profissão, 1º grau incompleto, aposentada.

A examinanda foi submetida à avaliação psiquiátrica pericial (incidente de insanidade mental) no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, no Rio de Janeiro, no ano de 2007. De acordo com informações dos autos do processo criminal, consta na denúncia que, no ano de 2006, a examinanda atingiu a sua genitora, com quem vivia, com vários golpes de instrumento cortante, provocando a morte dela.

A examinanda afirma que seus problemas psiquiátricos começaram quando ela contava com 20 anos de idade, no ano de 1998, ocasião em que não conseguia dormir, andava despida pelas ruas, quebrava objetos de casa, tinha o pensamento muito rápido e falava de forma ininterrupta, inclusive se dirigindo a pessoas desconhecidas. Nessa ocasião foi internada em uma clínica psiquiátrica pela primeira vez. No mesmo ano foi hospitalizada pela segunda vez, por novo episódio de alteração do humor, com características semelhantes às já descritas. Afirma que entre os anos de 1999 e 2005 fez acompanhamento em centro de atenção psicossocial, usando clorpromazina e lítio, permanecendo assintomática durante esse período. No ano de 2006, após interromper o tratamento medicamentoso, voltou a apresentar novo episódio de exaltação do humor,

logorreia e agitação psicomotora, sendo novamente internada em clínica psiquiátrica.

A examinanda relatou ainda que, quando fazia uso regular de medicamentos, seu relacionamento com a genitora “era ótimo”, porém, quando interrompia o uso de medicamentos, “ficava agressiva com ela”. Afirma que tinha interrompido o uso de medicação um mês antes do delito (assassinato da genitora), ocasião em que voltou a apresentar novo episódio de humor irritado, hiperatividade, logorreia, insônia global e escuta de vozes, cujo conteúdo diz não lembrar. Não havia histórico ou relato de uso de álcool e/ou substâncias psicoativas. Informa que a avó materna “tinha problemas de cabeça”, tendo sido internada em diversas ocasiões em clínicas psiquiátricas. Afirma, ainda, que ela e a genitora, com quem residia, eram pessoas pobres, vivendo de um salário mínimo, proveniente da aposentadoria da examinanda, por doença mental, a partir dos 24 anos de idade. A examinanda interrompeu seus estudos na 6ª série, em virtude dos problemas psiquiátricos relatados. Nunca trabalhou ou teve profissão especializada. Referiu ter tido poucos namorados, apesar de ser uma pessoa “muito falante”. Tinha poucos amigos, porém costumava frequentar bailes, porque gostava muito de dançar.

Durante a avaliação pericial (Laudo de Exame de Sanidade Mental), relatou: “Estava doente da cabeça e fui no baile e conheci um rapaz e levei lá para minha casa e ele pediu a minha mão em casamento e minha mãe não deixou e ele mandou eu enfiar a faca nela, aí eu fiz isso”. Apresentava, de acordo com a avaliação pericial, humor exaltado e irritado, logorreia e aceleração do curso do pensamento. Nessa perícia psiquiátrico-forense foi considerada inimputável, em virtude de ser inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito de suas ações ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, na época dos fatos, por doença mental. Cumpre medida de segurança, na forma de internação, no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, há dois anos.

No exame psiquiátrico relacionado ao momento do estudo a examinanda apresenta pessoal cuidada, colaborativa, fala rápida, humor irritado e levemente exaltado, sem nenhuma sintomatologia psicótica no momento deste exame. Afirma sentir-se muito arrependida em relação ao delito: “Eu gostava muito dela, não sei por que fiz isso”.

O diagnóstico psiquiátrico final foi estabelecido com base na entrevista psiquiátrica e observação dos registros periciais e hospitalares, utilizando-se os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ª edição, texto revisado (DSM-IV-TR – 2000)¹⁰. A examinanda em questão preencheu critérios diagnósticos para transtorno bipolar tipo I, episódio maníaco: recentemente em episódio maníaco (redução da necessidade do sono; mais loquaz que o habitual e pressão por falar; experiência subjetiva de que os pensamentos estão correndo; agitação psicomotora;

envolvimento excessivo em atividades prazerosas com alto potencial para consequências dolorosas) – critério A; houve, anteriormente, episódio maníaco – critério B; os episódios do humor não são mais bem explicados por transtorno esquizoafetivo nem estão sobrepostos a esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante ou transtorno psicótico sem outra especificação – critério C.

Discussão

No Brasil, o critério adotado pelo nosso código penal¹¹ para avaliação da responsabilidade penal é o biopsicológico: a responsabilidade só é excluída se o agente, em razão de doença mental ou retardamento mental, era no momento da ação incapaz de entendimento ético-jurídico e autodeterminação. O método biopsicológico exige a averiguação da efetiva existência de um nexo de causalidade entre o estado mental anômalo e o crime praticado, isto é, que esse estado, contemporâneo à conduta, tenha privado parcial ou completamente o agente de qualquer das mencionadas capacidades psicológicas (seja a intelectual ou a volitiva). Em um episódio maníaco típico, tanto o pensamento quanto o comportamento e volição apresentam-se muito alterados, por causa de uma aceleração de todos os processos psíquicos, bem como distúrbios psicopatológicas da afetividade e vontade, afetando inteiramente o entendimento e a determinação, daí a inimputabilidade da examinanda.

De acordo com Abdalla-Filho¹², não se pode mais admitir o questionamento simplista em torno da questão se os doentes mentais são ou não perigosos, já que diversos estudos têm revelado uma dimensão cada vez mais complexa desse tema, na medida em que investigam a contribuição dos transtornos mentais na manifestação do comportamento violento¹³ e buscam uma identificação precoce dos transtornos mentais, além de alertarem para possíveis fatores de risco.

A conexão entre transtorno bipolar e violência parece ser maior durante os episódios agudos do transtorno. Pacientes maníacos apresentaram comportamento violento na comunidade durante as duas semanas que antecederam a admissão hospitalar e tiveram taxas mais elevadas de violência durante os três primeiros dias de hospitalização¹⁴. Os pacientes maníacos frequentemente se tornam violentos quando se sentem restritos ou quando limites são colocados pela equipe de atendimento¹⁵. O risco de violência no transtorno bipolar é maior na fase maníaca do que na depressiva¹⁶. No caso apresentado, o fator precipitante imediato do crime parece ter sido um desentendimento verbal da examinanda com a sua genitora. Para Clark², em virtude da probabilidade elevada de indivíduos acusados de matricídio apresentarem transtornos mentais, é fundamental um exame detalhado por psiquiatra forense durante a realização do processo criminal.

Esquizofrenia e mania foram super-representadas entre indivíduos agressivos de hospitais psiquiátricos particulares¹⁷. Este estudo encontrou uma correlação positiva entre os seguintes sintomas e violência, em pacientes com transtorno bipolar: desorganização do pensamento, alucinações auditivas, alteração do conteúdo do pensamento, suspicácia, falta de cooperação e hostilidade. No caso apresentado, a examinanda em questão referiu apresentar escuta de vozes na ocasião do delito. Dean *et al.*¹⁸ estudaram parte dos dados de um estudo denominado Etiologia e Etnicidade na Esquizofrenia e Outras Psicoses (AESOP), de base populacional de dois anos, em dois centros da Inglaterra. A amostra foi constituída por 495 pacientes. Destes, 194 (39,2%) foram agressivos em sua primeira apresentação em serviços de atendimento, sendo também o comportamento agressivo o principal motivo da presença nestes serviços. Um diagnóstico de mania foi significativamente mais comum do que de esquizofrenia no grupo agressivo, comparado ao não agressivo. Outro achado foi que os sintomas associados à agressão foram aqueles tipicamente encontrados na mania: senso de funcionamento subjetivo aumentado, humor expansivo, ideias delirantes de grandeza e hiperatividade.

Em um estudo de revisão sobre a relação entre violência e transtorno bipolar, Látolová¹⁹ encontrou que pacientes bipolares agudos internados tiveram um risco maior de comportamento agressivo do que outros pacientes internados. De acordo com esse autor, uma pesquisa de base populacional na República Checa encontrou prevalência de comportamento agressivo após a idade de 15 anos de 0,66%, ao longo da vida, em indivíduos sem transtornos mentais, porém 25,34% naqueles com transtorno bipolar I. A comorbidade com transtornos de personalidade e abuso de substâncias^{19,20} é frequente e aumenta o risco de comportamento violento nesses pacientes.

Variáveis psicopatológicas parecem também ter importância no comportamento violento ou homicida de indivíduos com transtornos afetivos graves. Pacientes maníacos podem apresentar violência não premeditada, súbita e grave, decorrente de ideação persecutória ou frustração diante da colocação de limites²¹, como no caso apresentado. Apesar de alguns estudos descreverem a importância de uma dinâmica familiar perturbada na causa do matricídio⁵, esse aspecto não foi ilustrado no presente caso, já que a examinanda afirmou ter bom relacionamento com a vítima, sua genitora. Não se pode deixar de levar em consideração que todos os dados do caso apresentado foram colhidos apenas com a própria examinanda.

O caso apresentado também ilustra a elevada taxa de recorrência (superior a 90%) dos episódios durante a vida, apontada por diversos estudos. Os episódios recorrentes podem causar deterioração no funcionamento, e o número de episódios pode ter um impacto negativo no prognóstico desses indivíduos²². O impacto

do transtorno bipolar sobre a vida dos indivíduos e seus grupos de convívio se traduz em um sério problema de saúde pública²⁰. Tem sido levantada a hipótese de um curso mais nocivo da doença em mulheres²³.

Diversos estudos têm encontrado um padrão duradouro de rompimento do contato com serviços de saúde mental, enquanto em outros o homicídio parece ocorrer logo após o início do transtorno mental, antes de o ofensor ter estabelecido um contato com esses serviços²⁴. A examinanda em questão não estava em tratamento psiquiátrico ou em uso de psicofármacos antes do delito. É importante que os serviços de saúde mental trabalhem para prevenir a perda de contato e a não aderência ao tratamento, que frequentemente precedem o homicídio cometido por pessoas com transtornos mentais graves. Também é fundamental que a sociedade e autoridades governamentais atenuem barreiras de acesso a tratamento psiquiátrico e psicossocial.

Conclusão

Embora as evidências estatísticas e empíricas apontem para uma relação positiva entre transtornos mentais graves e comportamento violento, isso certamente representa uma pequena proporção da violência ocorrida na comunidade. Em países com altos índices de violência, onde a violência e a criminalidade têm intensa associação com a precariedade de condições socioeconômicas, o percentual de homicídios associados a transtornos mentais talvez seja ainda menor²⁵. Certamente é importante que psiquiatras e outros profissionais da saúde mental estejam atentos para risco de comportamento violento em pacientes que apresentam história de doença mental de longa duração, com episódios de violência durante a fase aguda, ameaças contra familiares ou amigos e falta de tratamento psiquiátrico regular, dessa forma contribuindo para a prevenção desse comportamento.

Referências

1. Green CM. Matricide by sons. *Med Sci Law*. 1981;21:207-14.
2. Clark SA. Matricide: the schizophrenic crime? *Med Sci Law*. 1993;33:325-8.
3. Singhal S, Dutta A. Who commits matricide? *Med Sci Law*. 1992;32:213-7.
4. D'Orban PT, O'Connor A. Women who kill their parents. *Br J Psychiatry*. 1989;154:27-33.
5. Wick R, Mitchell E, Gilbert JD, Byard RW. Matricides in South Australia – a 20-year retrospective review. *J Forensic Leg Med*. 2008;15:168-71.
6. Bourget D, Gagné P, Labelle ME. Parricide: a comparative study of matricide versus patricide. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2007;35:306-12.
7. Hodgins S, Mednick SA, Brenann PA, Schulsinger F, Engberg M. Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53(6):489-96.
8. Hodgins S. The major mental disorders and crime: stop debating and start treating and preventing. *Int J Law Psychiatry*. 2001;24(4-5):427-46.
9. Graz C, Etschel E, Schoech H, Soyka M. Criminal behavior and violent crimes in former inpatients with affective disorder. *J Affect Disord*. In press.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (Text-Revision)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2000.
11. Código de Processo Penal. 3^a ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais; 1998.
12. Abdalla-Filho E. Avaliação de risco de violência em psiquiatria forense. *Rev Psiquiatr*. 2004;31(6):279-84.
13. Swanson JW, Holzer CE, Ganju V, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hosp Community Psychiatry*. 1990;41(7):761-70.
14. McNeil DE, Binder RL, Greenfield TK. Predictors of violence in civilly committed acute psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 1988;145:965-70.
15. Tardiff K. Characteristics of assaultive patients in private hospitals. *Am J Psychiatry*. 1984;141:1232-5.
16. Yesavage JA. Bipolar illness. Correlates of dangerous inpatient behavior. *Br J Psychiatry*. 1983;143:554-7.
17. Tardiff K. Prediction of violence, in medical management of the violent patient. New York: Marcel Dekker; 1999. p. 201-18.
18. Dean K, Walsh E, Morgan C, Demjaha A, Dazzan P, Morgan K, et al. Aggressive behavior at first contact with services: findings from the AESOP First Episode Psychosis Study. *Psychol Med*. 2007;37:547-57.
19. Látalová K. Bipolar disorder and aggression. *Int J Clin Pract*. 2009;63(6):889-99.
20. Ribeiro M, Laranjeira R, Cividanes G. Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas. *Rev Psiquiatr Clín*. 2005;32(Supl. 1):78-88.
21. Tardiff K. Mentally abnormal offenders. Evaluation and management of violence. *Psychiatr Clin North Am*. 1992;15(3):553-67.
22. Costa AMN. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. *Rev Psiquiatr Clín*. 2008;35(3):104-10.
23. Guerra ABG, Calil HM. O transtorno bipolar na mulher. *Rev Psiquiatr Clín*. 2005;32(Supl. 1):110-6.
24. Meehan J, Flynn S, Hunt I, Robinosn J, Bickley H, Parsons R, et al. Perpetrators of homicide with schizophrenia: a national clinical survey in England and Wales. *Psychiatr Serv*. 2006;57:1648-51.
25. Peres MF, Santos PC. Trends of homicide death in Brazil in the 90s: the role of firearms. *Rev Saude Publica*. 2005;39(1):58-66.