

Violência durante o sono

Violent behavior during sleep

**Dalva Poyares,¹ Carlos Maurício Oliveira de Almeida,²
Rogerio Santos da Silva,³ Agostinho Rosa,⁴
Christian Guilleminault⁵**

Resumo

Casos de comportamento violento (CV) durante o sono são relatados na literatura. A incidência de comportamento violento durante o sono não é muito conhecida. Um estudo epidemiológico mostra que cerca de 2% da população geral apresentava comportamento violento dormindo e eram predominantemente homens. Neste artigo, os autores descrevem aspectos clínicos e médico-legais envolvidos na investigação do comportamento violento. O comportamento violento se refere a ferimentos auto-infligidos ou infligidos a um terceiro durante o sono. Ocorre, muito freqüentemente, seguindo um despertar parcial no contexto de um transtorno de despertar (parassonias). Os transtornos do sono predominantes diagnosticados são: transtorno de comportamento REM e sonambulismo. O comportamento violento poderia ser precipitado pelo estresse, uso de álcool e drogas, privação do sono ou febre.

Descritores: Violência; Transtorno do sono; Transtornos mentais; Sonambulismo; Confusão; Terror noturno; Polissonografia

Abstract

Cases of violent behavior during sleep have been reported in the literature. However, the incidence of violent behavior during sleep is not known. One epidemiological study showed that approximately 2% of the general population, predominantly males, presented violent behavior while asleep. In the present study, the authors describe clinical and medico-legal aspects involved in violent behavior investigation. Violent behavior refers to self-injury or injury to another during sleep. It happens most frequently following partial awakening in the context of arousal disorders (parasomnias). The most frequently diagnosed sleep disorders are REM behavior disorder and somnambulism. Violent behavior might be precipitated by stress, use of alcohol or drugs, sleep deprivation or fever.

Keywords: Violence, Sleep disorders; Mental disorders; Somnambulism; Confusion; Night terrors; Polysomnography

¹ Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

² Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) - Especializando da Disciplina de Medicina e Biologia do Sono

³ Instituto do Sono - Associação Fundo Incentivo à Psicofarmacologia (AFIP)

⁴ Universidade Técnica de Lisboa

⁵ Universidade de Stanford, Califórnia, EUA

Correspondência

Dalva Poyares

Rua Napoleão de Barros, 925 - Vila Clementino

04024-002 São Paulo, SP

Phone: (55 11) 5539-0155 Fax: (55 11) 5572-5092

E-mail: poyares@psicobio.epm.br

Introdução

Cabe a questão: serão os relatos abaixo verdadeiros casos de assassinatos ou constituem um problema de saúde? Nesse artigo serão descritos os aspectos que estão envolvidos em casos de comportamentos violentos durante o sono. Tais comportamentos referem-se à auto-injúria ou a terceiros durante o período do sono. Eles ocorrem freqüentemente durante um despertar incompleto ou parcial, no contexto de um distúrbio do despertar. Violência não é um diagnóstico, mas um comportamento, que requer descrição minuciosa e rigorosa, além de quantificação precisa.

A prevalência de violência durante o sono não é muito conhecida. Foi relatada em 2% da população, com predomínio em homens.¹

Violência pode também ser definida como: 1) inata ou de comportamento territorial ou predatório; 2) defensiva, reação à restrição ou à ameaça; 3) aprendida, em indivíduos que apresentam manifestações violentas ou agressivas durante a vigília, conscientes; e 4) outras formas. Entretanto, atos de violência cometidos durante o sono costumam isentar o indivíduo de responsabilidade. É necessário, portanto, a determinação do grau e da natureza da consciência e do grau de percepção da realidade durante o ato violento. Para ser responsabilizado legalmente, o indivíduo deve ter consciência de seus atos e controle sobre eles.² "Consciência" ocorre em um contínuo. Um indivíduo pode estar inconsciente, parcialmente consciente, desperto ou totalmente desperto e consciente.

Apresentação dos casos

Caso Clínico 1

RC, 26 anos, hispânico, recentemente casado e pai de um bebê de três meses. Foi preso quando jogou seu filho pela janela do 3º andar de um prédio. Imediatamente após o evento, ele correu para fora do apartamento murmurando sons, desceu as escadas e foi parar na rua. Os gritos de sua esposa, do 3º andar, atraíram a atenção dos vizinhos e dos passantes que agarraram RC e o imobilizaram ao solo. A polícia chegou rapidamente e prendeu RC. O bebê teve apenas injúrias leves, pois caiu em um toldo e, em seguida, em um jardim. A esposa foi impedida de ver o marido desde o dia da prisão. O defensor público contactou o centro de sono, pois o "réu" não tinha memória do evento e afirmava que acordou do sono quando foi imobilizado e espancado na rua. RC ficou tão perturbado pelos eventos que parou de comer e entrou em depressão profunda.

Caso Clínico 2

GP, 57 anos, caucasiano, foi encaminhado à clínica do sono pelo clínico geral, acompanhado pela esposa. Na semana anterior, sua esposa foi abruptamente acordada durante a noite, sendo estrangulada e atacada por GP. Ela somente ouviu os gritos de seu esposo dizendo: "Eu vou te matar, seu...", enquanto chutava a cama. Ela conseguiu escapar. GP continuou exibindo o mesmo comportamento, parecendo não ouvir os apelos da esposa. Minutos após ele se virou e voltou a dormir. Quando ela o despertou, ele negou tudo. A esposa referiu ao médico do sono que não havia chamado a polícia, pois achava que o marido estava doente. Ela concordou em dormir em outro dormitório e manter a porta trancada.

A avaliação geral

Sugere-se que alguns aspectos legais devam ser cumpridos por parte do especialista requerido para avaliar um determina-

do caso, tais como: realizar uma avaliação criteriosa do paciente; ser imparcial; permitir que seu parecer seja submetido a processo de revisão; disponibilizar seu testemunho para os advogados de ambas as partes.³

A anamnese

A anamnese deve incluir: avaliação detalhada do evento e do grau de amnésia; história familiar de distúrbios do sono; relato de registro médico anterior; hábitos sociais; uso de drogas, medicação ou álcool; registro de dificuldades profissionais por transtornos do sono; determinação da freqüência e da natureza estereotipada da violência. A história deve incluir entrevista com o(a) parceiro(a) ou membros da família. O evento atual e os possíveis eventos anteriores devem ser investigados, incluindo o período da noite, a freqüência e o grau de amnésia associado. Além disso, a idade de início do transtorno e a associação temporal a eventos traumáticos podem também ser dados úteis no diagnóstico diferencial. Durante a entrevista, o especialista deve observar a atitude e a reação do indivíduo sobre o evento, quando completamente consciente. Se possível, deve-se avaliar, sobre o evento atual e anteriores, a associação do comportamento anormal com fatos diurnos, como estresse, privação de sono, ingestão de álcool e/ou drogas, febre ou ocorrência de outros eventos anormais.⁴⁻¹²

Avaliação clínico-laboratorial

Exame clínico completo e avaliação neurológica e psiquiátrica deverão ser primariamente realizados em todos os casos de violência durante o sono. Para esse fim, questionários padronizados para transtornos do sono e para sonolência excessiva diurna podem ser utilizados.¹³⁻¹⁴ Recomenda-se, ainda, avaliação completa para transtornos do sono, avaliação laboratorial e outros testes para confirmar possível uso de drogas e medicações. A polissonografia pode ajudar a registrar a ocorrência de fenômeno anormal durante o sono. Entretanto, em muitos casos, são necessários alguns dias de registro, pois o comportamento anormal pode não se manifestar de maneira diária. A polissonografia deve ser realizada com registro mínimo das seguintes variáveis: quatro canais de eletroencefalograma (EEG) - C3/A2, C4/A1, O1/A2, O2/A1; eletromiograma (EMG) da região mentoniana/submentoniana; eletrooculograma (EOG); eletrocardiograma (ECG) - derivação V1 modificada; parâmetros respiratórios (fluxo aéreo do nariz e da boca, esforço respiratório torácico e abdominal, oximetria de pulso); EMG do músculo tibial anterior; e sensor de posição corporal. Quando disponível, a actigrafia, que mede a atividade e repouso, inferindo o ciclo sono-vigília com precisão relativa,¹⁵⁻¹⁶ pode detectar a presença de comportamentos anormais. Sugere-se a utilização do actígrafo por, pelo menos, sete dias consecutivos. Por fim, dependendo do transtorno do sono, testes adicionais podem ser necessários, particularmente o Teste das Latências Múltiplas do Sono,¹⁷ que mede a tendência ao sono durante o dia. Pode ser necessária a repetição do registro do EEG noturno, em casa, para complementação diagnóstica.

Avaliação dos testes

No registro polissonográfico observa-se a eventual presença de atividade epileptiforme no EEG, de distúrbio respiratório do sono, de narcolepsia (alterações de sono REM precoce), doenças neurológicas, de distúrbio comportamental do sono REM e de parassonias do sono não-REM (NREM).

considerado uma manifestação de crise desde sua descrição inicial, mais freqüente em homens,³⁰ apesar da ausência de *ictus* durante o comportamento anormal. Atividade epileptiforme interictal pode ser vista no EEG. O comportamento complexo pode ser observado a qualquer hora da noite, mas é levemente mais freqüente durante a primeira metade e no estágio 2 do sono NREM. Além disso, o comportamento pode ser muito estereotipado. Geralmente, a amnésia para o evento é completa. Confusão e desorientação ocorrem com freqüência.³¹⁻³⁴

6) Agressão sexual durante o sono tem sido proposta como uma forma especial de violência durante o sono. Os pacientes sentem-se envergonhados e relutam em admitir tal comportamento. Além disso, o(a) companheiro(a) também pode ser relutante em discutir o problema, que permanecerá sem diagnóstico se não for investigado de maneira adequada. Essa parassonia pode ter implicações médico-legais:³ num estudo de Guilleminault et al, 11 casos foram documentados (4 mulheres e 8 homens). Os comportamentos sexuais agressivos incluíram: tirar a roupa; molestar o parceiro; tentar tirar a roupa do(a) parceiro(a); tentar o coito forçado. O comportamento apresentou-se de forma variada, desde imposição e violência, dependendo do indivíduo e da situação particular, podendo levar a equimoses e outras evidências de agressão. A tentativa pode ser interrompida de forma abrupta, sem coito, ou pode levar à penetração forçada, com ou sem ejaculação do homem. Já nas mulheres, observou-se sinais de auto-estimulação. Amnésia para o evento também pode ser observada e, se despertado no momento, o paciente pode se recusar a concluir tal tipo de prática. Os diagnósticos documentados foram: sonambulismo, distúrbio comportamental do sono REM e crises do lobo frontal.

Medidas terapêuticas

Primariamente, medidas de segurança são indicadas^{5,11,35} visando a proteção do paciente e companheiro(a). Para tal, pode-se recomendar a separação de camas ou de quarto; dormir no andar térreo, em quarto amplo; proteger as janelas ou fechá-las; retirar espelhos e mobília do quarto; retirar objetos pérfuro-cortantes ou contundentes. Em casos mais acentuados, colocar o paciente para dormir em um saco com zíper. Deve-se tratar os fatores de piora, tais como estresse cotidiano, ansiedade e hábitos de sono inadequados, prevenindo a privação do sono. Podem ser indicados ansiolíticos, psicoterapia, relaxamento e medidas para melhorar a higiene do sono. Além disso, tratar as condições clínicas associadas, como: ciclo vigília-sono irregular, depressão, distúrbios respiratórios do sono, narcolepsia, movimentos periódicos de membros e doenças neurológicas.³⁶⁻⁴² O tratamento medicamentoso sintomático pode ser necessário. Nesse caso, recomenda-se o uso do clonazepam em doses baixas, que podem ser aumentadas a partir da resposta terapêutica. Mais raramente, outros benzodiazepínicos podem ser indicados. Nos casos de crises comprovadas, são utilizados antiepiléticos.

Discussão

Caso clínico 1: RC teve sonambulismo desde os 6 anos. As crises se tornavam mais freqüentes em épocas de estresse, melhorando em épocas mais calmas. Seus episódios eram tipicamente limitados, compreendendo comportamentos calmos e simples, voltando para a cama ao comando da esposa. Durante o período que precedeu o evento, RC e sua

família estiveram no epicentro de um terremoto. Seu apartamento foi demolido e a família dormiu em uma tenda por duas semanas; a continuação dos tremores foi assustadora e RC teve um aumento na freqüência de sua parassonia, apresentando vários despertares confusionais por noite, além de estar privado de sono. Após se mudar para o outro apartamento, a esposa de RC notou seu esposo mais ansioso e notou que os eventos de sonambulismo se tornaram diários. Quando descreveram o ocorrido a RC, ele teve uma vaga memória de que seu filho estivesse em perigo e necessitava ser socorrido. A avaliação clínica por EEG e CT de crânio não acrescentou evidências. A avaliação psiquiátrica indicou presença de uma ansiedade moderada. A polissonografia demonstrou latência para o sono prolongada e fragmentação do sono não explicada por outro transtorno do sono. Houve um período do sono de ondas lentas que foi abruptamente interrompido. Essa interrupção foi acompanhada de comportamento motor, como sair da cama, associado à confusão e a murmúrios. O paciente não respondeu ao chamado do técnico ao interfone, mas voltou para a cama quando o técnico entrou no quarto e o encaminhou de volta ao leito. O paciente imediatamente entrou em estágio 2 do sono NREM. Ele foi acordado 10 minutos após para avaliar sua memória do episódio. O paciente apresentou amnésia completa para o evento quando completamente desperto. A justiça aceitou o evento como um caso de sonambulismo e que o tratamento médico seria necessário. As queixas foram retiradas. Mas RC esteve preso por três meses antes desse parecer.

Caso clínico 2: Esse paciente apresentava, nos últimos cinco anos, história de comportamentos anormais durante o sono. Sua esposa relatava que, tipicamente na segunda metade da noite, ele emitia vocalizações ou gargalhadas e por vezes sentenças completas. Em outras ocasiões, o paciente se movia na cama de maneira irregular durante a noite, com movimentos de membros superiores ou inferiores que causaram alguns hematomas em sua esposa. O paciente lembrava estar sonhando com jogos de golfe (ele era um jogador freqüente de golfe), durante o qual ele poderia fazer uma grande jogada, e falava entusiasmado com os amigos sobre o jogo. Em noites em que ingeria bebidas alcoólicas, o comportamento se exacerbava. Apesar dos hematomas e do sono agitado, nenhum dos dois mencionou o problema ao médico. Sua avaliação clínica mostrou uma obesidade leve (IMC de 26,6 kg/m²), hipertensão arterial e dislipidemia, roncos freqüentes, sem relato de apnéia do sono. O paciente negava presença de qualquer outro sintoma de transtornos do sono. O EEG foi normal. A polissonografia mostrou distúrbio comportamental do sono REM, com aumento característico de amplitude na atividade muscular durante essa fase do sono. A fita de vídeo mostrou movimentos amplos dos membros superiores. Uma vez desperto, o paciente relatou estar empurrando sua neta num balanço. Na época da agressão contra a esposa, houve um roubo no seu bairro e o paciente esteve muito preocupado com sua casa e sua família. Ele teve vários sonhos em que enfrentava os ladrões. Esse sonho recorreu na noite da agressão; o paciente estava lutando. O longo intervalo entre a primeira ocorrência dos sintomas relatados e o seu eventual relato não é raro, pois comportamentos não violentos anormais durante o sono não são relatados. Além disso, a violência pode ser negada pelo paciente que tem amnésia para os eventos.

Violência geralmente ocorre em pacientes com parassonias anteriores e varia em frequência e tempo de ocorrência. A educação médica sobre a necessidade de diagnosticar e tratar as parassonias é escassa, porém pode ajudar a reduzir os casos de agressão durante o sono.

Referências

- Ohayon MM, Caulet M, Priest RG. Violent behavior during sleep. *J Clin Psychiatry*. 1997;58(8):369-76; quiz 377.
- Lacerda P. Código Civil Brasileiro: lei 3071 de 1º de janeiro de 1916. Rio de Janeiro: Jacintho Ribeiro dos Santos; 1916.
- Guilleminault C, Moscovitch A, Yuen K, Poyares D. Atypical sexual behavior during sleep. *Psychosom Med*. 2002;64(2):328-36.
- Guilleminault C, Palombini L, Pelayo R, Chervin RD. Sleepwalking and sleep terrors in prepubertal children: what triggers them? *Pediatrics*. 2003;111(1):e17-25.
- Broughton RJ. Behavioral Parasomnias. In: Chokroverty S. *Clinical companion to sleep medicine disorders*. 2ª ed. New York: Butterworth-Heinemann; 1999. p. 635-60.
- Gastaut H, Broughton R. A clinical and polygraphic study of episodic phenomena during sleep. In: Wortis J. *Recent advances in biological psychiatry*. New York: Grune and Stratton; 1965. p. 197.
- Negi A, Thoung D, Dabbous F. Nightmares with topical beta-blocker. *Eye*. 2000;14(Pt 5):813-4.
- Pradalier A, Guittard M, Dry J. [Propranolol and somnambulism]. *Therapie*. 1986;41(4):318. French.
- Landry P, Warnes H, Nielsen T, Montplaisir J. Somnambulistic-like behaviour in patients attending a lithium clinic. *Int Clin Psychopharmacol*. 1999;14(3):173-5.
- Huapaya LV. Seven cases of somnambulism induced by drugs. *Am J Psychiatry*. 1979;136(7):985-6.
- Rosen G, Mahowald MW, Ferber R. Sleepwalking, confusional arousal and sleep terrors in the child. In: Feber R, Krieger MH. *Principles and practice of sleep medicine in child*. Philadelphia: Saunders; 1995. p. 99-106.
- Kales JD, Kales A, Soldatos CR, Chamberlin K, Martin ED. Sleepwalking and night terrors related to febrile illness. *Am J Psychiatry*. 1979;136(9):1214-5.
- Hoddes E, Dement WC, Zarcone V. The history and use of The Stanford Sleepiness Scale [abstract]. *Psychophysiology*. 1972;9(2):150.
- Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*. 1991;14(6):540-5.
- Keenan SA. Polysomnographic technique: an overview. In: Chokroverty S. *Clinical companion to sleep medicine disorders*. 2ª ed. New York: Butterworth-Heinemann; 1999. p. 151-69.
- Sadeh A, Hauri PJ, Kripke DF, Lavie P. The role of actigraphy in the evaluation of sleep disorders. *Sleep*. 1995;18(4):288-302.
- Carskadon MA, Dement WC, Mitler MM, Roth T, Westbrook PR, Keenan S. Guidelines for the Multiple Sleep Latency Test (MSLT): a standard measure of sleepiness. *Sleep*. 1986;9(4):519-24.
- Broughton R. Sleep disorders: disorders of arousal? Enuresis, somnambulism, and nightmares occur in confusional states of arousal, not in "dreaming sleep". *Science*. 1968;159(819):1070-8.
- Guilleminault C, Poyares D, Aftab FA, Palombini L, Abat F. Sleep and wakefulness in somnambulism: a spectral analysis study. *J Psychosom Res*. 2001;51(2):411-6. Erratum in: *J Psychosom Res*. 2001;51(4):621.
- Moldofsky H, Gilbert R, Lue FA, MacLean AW. Sleep-related violence. *Sleep*. 1995;18(9):731-9.
- Laberge L, Tremblay RE, Vitaro F, Montplaisir J. Development of parasomnias from childhood to early adolescence. *Pediatrics*. 2000;106(1 Pt 1):67-74.
- Woodward SH, Leskin GA, Sheikh JI. Movement during sleep: association with posttraumatic stress disorder, nightmares and comorbid panic disorder. *Sleep*. 2002;25(6):681-8.
- Glod CA, Teicher MH, Hartman CR, Harakal T. Increased nocturnal activity and impaired maintenance in abuse children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(9):1236-43.
- Ghaemi SN, Irizarry MC. Parasomnias as neuropsychiatric complication of electrical injury. *Psychosomatics*. 1995;36(4):416.
- Kravitz M, McCoy BJ, Tompkins DM, Daly W, Mulligan J, McCauley RL, et al. Sleep disorders in children after burn injury. *J Burn Care Rehabil*. 1993;14(1):83-90.
- Espa F, Dauvilliers Y, Ondze B, Billiard M, Besset A. Arousal reactions in sleepwalking and night terrors in adults: the role of respiratory events. *Sleep*. 2002;25(8):871-5.
- Ohayon MM, Guilleminault C, Priest RG. Night terrors, sleepwalking, and confusional arousals in the general population: their frequency and relationship to other sleep and mental disorders. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(4):268-76; quiz 277.
- Guilleminault C, Moscovitch A, Leger D. Forensic sleep medicine: nocturnal wandering and violence. *Sleep*. 1995;18(9):740-8.
- Mahowald MW, Schenck CH. Complex motor behavior arising during the sleep period: forensic science implications. *Sleep*. 1995;18(9):724-7.
- Pedley TA, Guilleminault C. Episodic nocturnal wanderings responsive to anticonvulsant drug therapy. *Ann Neurol*. 1977;2(1):30-5.
- Chokroverty S, Christine Q. Sleep and epilepsy. In: Chokroverty S. *Clinical companion of sleep medicine disorders*. 2ª ed. New York: Butterworth-Heinemann; 1999. p. 697-727.
- Kellaway P. Sleep and epilepsy. *Epilepsia*. 1985;26(Suppl 1):S15-30.
- Broughton RJ. Polysomnography: principles and applications in sleep and arousal disorders. In: Niedermeyer E. *Electroencephalography: basic principles, clinical applications and related fields*. 4ª edition. Lippincott: Williams & Wilkins; 1999. p. 858-95.
- Pedley TA. Differential diagnosis of episodic symptoms. *Epilepsia*. 1983;24(Suppl 1):S31-44.
- Broughton R, Shimizu T. Dangerous behaviors by night. In: Sharpiro C, Smith AM. *Forensic aspects of sleep*. New York: John Wiley & Sons; 1997. p. 216.
- Wills L, Garcia J. Parasomnias: epidemiology and management. *CNS Drugs*. 2002;16(12):803-10.
- Mahowald MW, Schenck CH. Parasomnias including the restless legs syndrome. *Clin Chest Med*. 1998;19(1):183-202.
- Hening WA, Allen R, Walters AS, Chokroverty S. Motor function and dysfunction of sleep. In: Chokroverty S. *Clinical companion of sleep medicine disorders*. 2ª ed. New York: Butterworth-Heinemann; 1999. p. 441-507.
- Barthlen GM, Stacy C. Dyssomnias, parasomnias and sleep disorders associated with medical and psychiatric diseases. *Mt Sinai J Med*. 1994;61(2):139-59.
- Garcia-Borreguero D, Larrosa O, Bravo M. Parkinson's disease and sleep. *Sleep Med Rev*. 2003;7(2):115-29.
- Lilie JK, Lahmeyer H. Psychiatric management of sleep disorders. *Psychiatr Med*. 1991;9(2):245-60.
- Bachman DL. Sleep disorders with aging: evaluation and treatment. *Geriatrics*. 1992;47(9):53-6, 59-61.