

# PSIQUIATRIA FORENSE

NOÇÕES DE  
PSICOPATOLOGIA  
FORENSE



# PSIQUIATRIA FORENSE

- **Estuda as relações da psicologia e psicopatologia nas Ciências Forenses e no Direito.**



# INTRODUÇÃO

## ❖ ÁREAS DE ATUAÇÃO DA PSIQUIATRIA:

1. **Psiquiatria Clínica**
2. **Psiquiatria da Infância e Adolescência**
3. **Psicogeriatria**
4. **Psiquiatria Forense - 1998**



# INTRODUÇÃO

## ❖ ÁREAS DE ATUAÇÃO DA PSIQUIATRIA FORENSE:

### 1. Perícias Particulares

- Perito Assistente
- Exames Admissionais

### 2. Perícias em Serviços Públicos

- Penitenciárias
- Perito Forense Oficial



# PERITO FORENSE

- ❖ **Auxiliar do Juiz**
- ❖ **Conhecimento Psiquiátrico**
- ❖ **Conhecimento Jurídico**
- ❖ **Isenção e sem impedimentos**
- ❖ **Imparcialidade**



# PERÍCIA FORENSE

- ❖ **Espécie de avaliação psiquiátrica**
- ❖ **Interface entre Medicina e a Lei**
- ❖ **Tem o objetivo de esclarecer fatos para devidos fins**
- ❖ **Meio de produção de Prova Pericial**



# TIPOS DE PERÍCIAS FORENSES

## ❖ CIVIS:

Civil

Administrativa

Previdenciária

## ❖ CRIMINAIS:

Penal



# TIPOS DE PERÍCIAS FORENSES

## ❖ CIVIS:

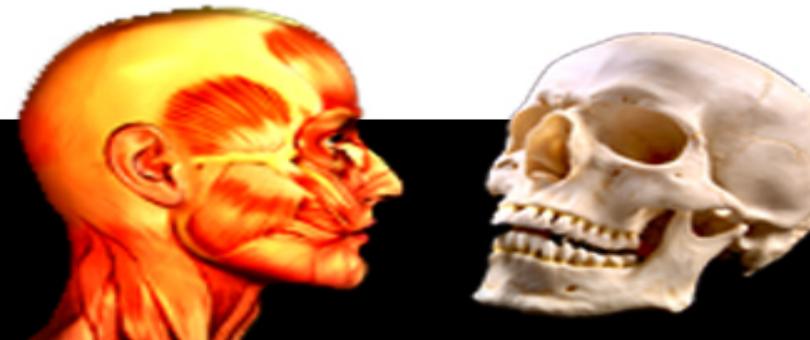
- As avaliações psiquiátricas sobre as competências civis de um paciente ou litigante devem ser abrangentes, funcionais e, às vezes, multidisciplinares (Hafemeister e Sales, 1984).
- Segundo propostas de CARVALHO (1987), VARGAS (1990) e FRANÇA (1998), este tipo de perícia consta de uma avaliação detalhada dos antecedentes pessoais, familiares, anamnese, exame do estado mental, exame físico, associados a dados obtidos em documentos médicos juntados ao processo, trazidos pelos familiares e também da solicitação de exames complementares, entre eles, testes psicodiagnósticos (LAKS, ROZENTHAL, ENGELHARDT, 1996), geralmente não oferecendo muitas dificuldades para definir se o indivíduo analisado é capaz ou não.



# TIPOS DE PERÍCIAS FORENSES

## ❖ CRIMINAIS:

- O contrário acontece com perícias psiquiátricas em direito criminal, que muitas vezes necessitam de aprofundamento na análise para determinar um nexo causal, o que pode necessitar pesquisa de dados de épocas e localidades muito diversas (COHEN, FERRAZ, SEGRE, 1996)



# TIPOS DE PERÍCIAS FORENSES

- ❖ TRANSVERSAIS: Interdição  
Superveniência de DM
- ❖ RETROSPECTIVAS: Anulação de testamento  
Responsabilidade penal
- ❖ PROSPECTIVAS: Direito da família  
Exame Criminológico  
Cessação de Periculosidade



# TIPOS DE PERÍCIAS FORENSES

- **OUTROS TIPOS DE AÇÕES**
- **Verificação de validade de ato jurídico, contratual e capacidade testamentária: os psiquiatras podem ser solicitados a avaliar a capacidade testamentária do paciente, ou seja, sua competência para fazer testamento.**
- **Três capacidades psicológicas são necessárias para demonstrar essa competência. Os pacientes devem conhecer:**
  - 1) a natureza e extensão dos seus bens (posses);
  - 2) que estão fazendo um testamento; e
  - 3) quem são seus beneficiários naturais, ou seja, cônjuge, filhos e outros parentes.



# TIPOS DE PERÍCIAS FORENSES

- **OUTROS TIPOS DE AÇÕES**
- **O diagnóstico de um transtorno mental não é, em si mesmo, suficiente para indicar incompetência.**
- **Em vez disso, o transtorno mental deve causar um prejuízo no julgamento relativo às questões específicas envolvidas.**
- **A competência também é essencial em contratos, que podem ser declarados inválidos se, quando assinados, uma das partes era incapaz de compreender a natureza de seu ato. TALBOT (1992)**



# TIPOS DE PERÍCIAS FORENSES

## • OUTROS TIPOS DE AÇÕES

• **Anulação de casamento:** pode ser anulado quando qualquer das partes não compreendia a sua natureza, deveres, obrigações e outras características envolvidas no momento do casamento. Deve ser avaliada a capacidade de compreensão do compromisso que assumiu ao tempo em que assumiu. TALBOT (1992)

• **Conforme Art. 218 do Código Civil** "É também anulável o casamento, se houver por parte de um dos nubentes, ao consentir, erro essencial quanto à pessoa do outro." Considera-se erro essencial "a ignorância, anterior ao casamento, de defeito físico irremediável ou de moléstia grave..." nos termos do Art. 219 do CC.

• **As doenças graves, com perigo para o cônjuge e a prole, mais alegadas nos processos de anulação de casamento são as doenças mentais.** FRANÇA (1998)

• **Destituição do pátrio poder ou guarda de menores:** nessas ações o perito será necessário no sentido de diagnosticar uma doença psiquiátrica de base ou determinar o perfil de personalidade do examinando assegurando bem estar do menor. Nos termos do Art. 395 do Código Civil "Perderá por ato judicial o pátrio poder o pai, ou a mãe:

• I - que castigar imoderadamente o filho;

• II - que o deixa em abandono;

• III - que praticar atos contrários à moral e aos bons costumes.



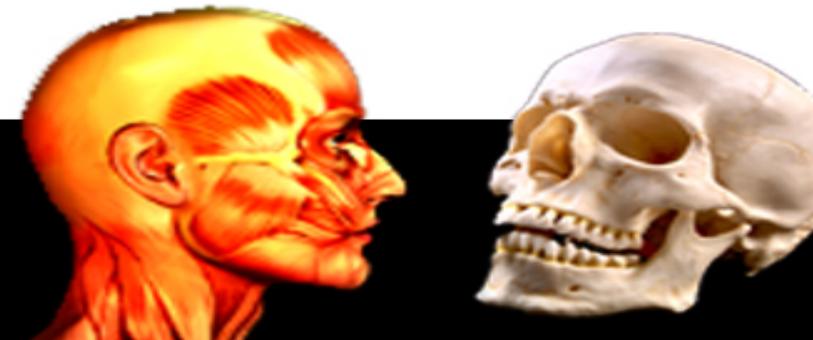
# DOCUMENTO MÉDICO-LEGAL

- O art. 150 do CPP prevê, a respeito da realização da perícia psiquiátrica, que: "*para o efeito do exame, o acusado, se estiver preso, será internado em manicômio judiciário, onde houver, ou, se estiver solto, e o requererem os peritos, em estabelecimento adequado que o juiz designar.*".
- Além disso, o § 1º do artigo em questão estabelece que o exame será realizado no prazo máximo de 45 dias, salvo se os peritos demonstrarem a necessidade de maior prazo.



# DOCUMENTO MÉDICO-LEGAL

- José G. V. Taborda elucida que: *"o exame pericial psiquiátrico é uma espécie de avaliação psiquiátrica com a finalidade de elucidar fatos do interesse de autoridade judiciária, policial, administrativa ou, eventualmente, de particular, constituindo-se em meio de prova."*
- *Tem por base e fundamento o exame psiquiátrico clínico, valendo-se o examinador do domínio da técnica de entrevista, do conhecimento de psicopatologia e de sua capacidade diagnóstica.*



# ESTRUTURA DO LAUDO PERICIAL

- ❖ **Preâmbulo – Apresentação do Perito**
- ❖ **Individualização da Perícia**
- ❖ **Descrição do Exame Pericial**
- ❖ **Identificação do Examinado**
- ❖ **(Elementos colhidos nos autos do processo)**
- ❖ **(Elementos do crime segundo o examinado)**
- ❖ **Síntese processual**
- ❖ **Quesitos**



# ESTRUTURA DO LAUDO PERICIAL

- ❖ **História pessoal**
- ❖ **História psiquiátrica prévia**
- ❖ **História médica**
- ❖ **História familiar**
- ❖ **Exame do estado mental**
- ❖ **Exame Físico**
- ❖ **Exames e avaliações complementares**



# ESTRUTURA DO LAUDO PERICIAL

- ❖ **Discussão diagnóstica**
- ❖ **Diagnóstico positivo**
- ❖ **Comentários médico-legais**
- ❖ **Conclusão**
- ❖ **Resposta aos quesitos**



# TIPOS DE TRANSTORNOS DA SAÚDE MENTAL

- ❖ **ESQUIZOFRENIAS**
- ❖ **TRANSTORNOS PSICÓTICOS**
- ❖ **TRANSTORNOS DE HUMOR**
- ❖ **RETARDO MENTAL**
- ❖ **EPILEPSIA**
- ❖ **NEUROSES**
- ❖ **TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE**



# PERSONALIDADE NORMAL

Entende-se como personalidade a soma e a síntese de todos os elementos que concorrem para a construção e conformação mental de um indivíduo, de modo a lhe comunicar fisionomia própria e única. Tais elementos que concorrem na formação mental normal de uma pessoa são:

- **Tipologia morfológica (conformação física)**
- **Tipo temperamental (disposição emocional básica)**
- **Caráter (conjunto das experiências vividas)**

Portanto, existe a interferência de outros fatores, como os:

- **Hereditários constitucionais e**
- **Sócio-ambientais**



# TIPOS NORMAIS

**Não há um tipo normal de personalidade, mas inúmeros tipos. Existem sim, critérios de para a determinação dos tipos de personalidade, que são:**

**I - Critério biopsicológico: biotipologia (3 escolas)**

**1) A 1ª escola é a de KRETSCHMER**

**Tipos somáticos (corporais):**

**Leptossômico: alto, magro, rosto afilado**

**Pícnico: baixo, gordo, sem pescoço, calvo**

**Atlético: ombros largos e musculoso**

**Atrela-se, especificamente na criminologia, os Psicotipos:**

**Esquizotímico: introvertido (mais comum nos leptossômicos)**

**Ciclotímico: há variação de humor (mais comum nos pícnicos extrovertidos)**

**Epileptóide: explosivo, agressivo (mais comum nos atléticos)**



# TIPOS NORMAIS

## 2) Na 2ª escola, JUNG nos traz 2 tipos básicos

**Introvertido:** mais voltado aos interesses do mundo interno

**Extrovertido:** mais voltado aos interesses do mundo externo

## 3) Já na 3ª escola, SHELDON, com base na embriologia, nos demonstra as características somáticas:

**Endomorfo** - Tipo de elevado peso corporal predisposto ao acúmulo de gordura, de formas arredondadas, abdômen saliente e braço e pernas proporcionalmente curtos. Possui estrutura óssea larga e metabolismo lento, o que o faz ganhar peso e ter dificuldade para perdê-lo. Homens não se importam com esse biótipo, porém é o pesadelo das mulheres.

**Mesomorfo** - Não existe padrão de beleza, esse é um conceito cultural imposto pela mídia. Porém é o corpo que aparece nas revistas e que hoje tornou-se um modelo a ser seguido. Esse tipo ganha musculatura facilmente, tem proporção corporal e baixo percentual de gordura.

**Ectomorfo** - Tipo longilíneo (modelos de passarela). Não tem predisposição para aumentar muito o peso, mas com pouco aumento de gordura ocorre um grande prejuízo estético (falso magro). Para as mulheres esse biótipo é bem aceito, para os homens já é mais complicado.



# TIPOS NORMAIS

## **Psicotipos:**

**Viscerotônicos - se caracterizam de viver de maneira alegre e onde o hábito digestivo domina todas as outras manifestações da personalidade;**

**Somatotônicos – nestes predomina a atividade muscular, possuem um vigor físico que orienta seu modo de viver;**

**Cerebrotônicos - se destacam pelo predomínio total das funções da psique superior e das funções cerebrais.**



# TIPOS NORMAIS

## II - Critério filosófico: valor prevalente

### Tipos:

Econômico

Teórico

Estético

Social

Político

Religioso

## III - Critério sociológico: atitudes e valores sociais normativos

### Tipos:

Santo

Sábio

Herói

Artista

Guia espiritual

## IV - Critério jurídico: definido pelo Códigos

**Penal:** entender o caráter ilícito do fato ou se determinar de acordo com este entendimento (art. 26)

**Civil:** presume capacidade geral e faz restrições parciais ou absolutas



# PERSONALIDADES PATOLÓGICAS

1 - Determinados indivíduos são afetados por perturbações e/ou disfunções mentais e orgânicas no desenvolvimento e continuidade de seu quociente de inteligência, o que representa atrasos ou infranormalidades chamadas de oligofrenias (*oligo=pouco e phreno=mente, espírito*). São elas:

- a) A Debilidade mental (QI entre 40 e 65)
- b) A Imbecilidade (QI entre 20 e 40)
- c) A Idiotia (QI abaixo de 20)

Normalmente estes indivíduos são considerados juridicamente inimputáveis ou semi imputáveis civil e criminalmente.



# PERSONALIDADES PATOLÓGICAS

- 2 - Algumas perturbações são determinadas pelas disfunções da senso-percepção, da ideação e do juízo crítico. Estão representadas e classificadas pelas:
- a) Alienações (psicoses) que irão determinar a inimputabilidade se o indivíduo estiver em surto ou a semi-imputabilidade, se estiver lúcido
- paralisia geral progressiva (oriunda da sífilis)
  - esquizofrenia (hereditária)
  - psicose maníaco-depressiva (hereditária)
  - epilepsia (várias causas e é possível ser hereditária)

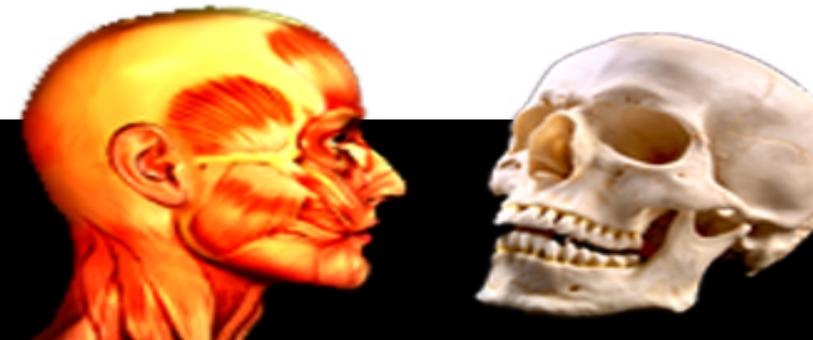


# PERSONALIDADES PATOLÓGICAS

**b) Normalmente as demências (deteriorações mentais) determinam a inimputabilidade do sujeito, como:**

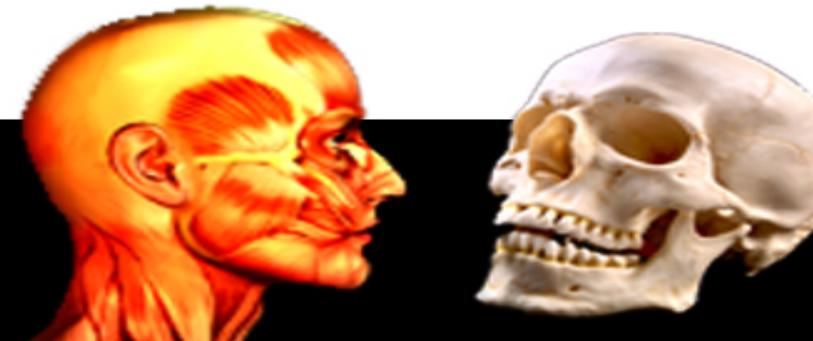
- **arteriosclerose cerebral**
- **demência senil**
- **formas pré-senis (mal de Alzheimer , de Pick, esquizofrenia)**

**(estados oligofrênicos, alienações e demências são déficits mentais e quase sempre levam à inimputabilidade do criminoso)**



# PERSONALIDADES PATOLÓGICAS

- c) **NEUROSES:** derivam de perturbações afetivas sem base anatômica conhecida. Determinam sempre a imputabilidade
  
- d) **PERSONALIDADES PSICOPÁTICAS:** derivadas de perturbações determinadas por fatores heredo-constitucionais. A semi-imputabilidade, pois o portador entende o caráter criminoso do ato mas não consegue se determinar de acordo com esse entendimento
  
- e) **PERSONALIDADES DELINQUENTES:** são determinadas por defeito do caráter. Determinam sempre a imputabilidade



# ESQUIZOFRENIA

**Termo que designa um conjunto de psicoses. Pouco sabe-se sobre essa doença. O que se conseguiu foi obter controle dos sintomas com os antipsicóticos. Nem sua classificação, que é um dos aspectos fundamentais da pesquisa, foi devidamente concluída.**

**Existe uma diversidade de manifestações como os sub-tipos paranóide, hebefrênico e catatônico além das formas atípicas, que são conhecidas há décadas.**

**O período entre a normalidade e a doença deflagrada pode levar meses. Entretanto há pacientes que desenvolvem esquizofrenia rapidamente, em questão de poucas semanas ou mesmo de dias. A pessoa muda seu comportamento e entra no mundo esquizofrênico, o que geralmente alarma e assusta parentes e a família.**



# ESQUIZOFRENIA

Quando um fato grave acontece não há como negar que existe algo errado. Uma atitude fisicamente agressiva, seja por tentativa de suicídio ou por manifestar sintomas claros ao afirmar que é Jesus Cristo ou que recebe mensagens do além e se fala com Et's. Nesse ponto o diagnóstico de psicose é inevitável.

Os sintomas psicóticos são divididos em positivos e negativos e visam dizer de maneira objetiva o estado do paciente. O ponto de referência é a normalidade, os sintomas positivos são aqueles que não deveriam estar presentes como as alucinações, e os negativos aqueles que deveriam estar presentes mas estão ausentes como o estado de ânimo, a capacidade de planejamento e execução, por exemplo. Portanto sintomas positivos não são bons sinais, nem os sintomas negativos são piores que os positivos.

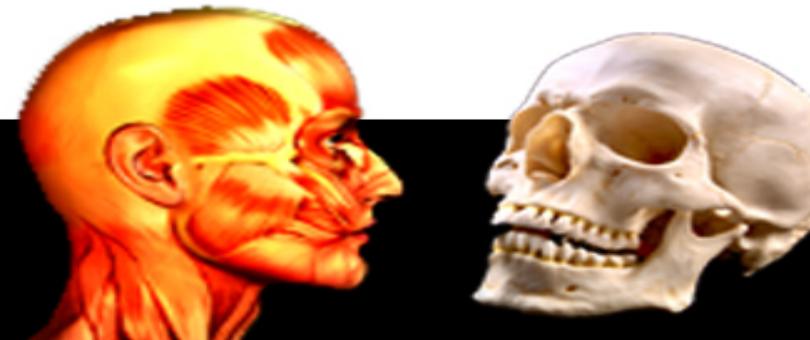


# ESQUIZOFRENIA

## Sintomas Positivos

**Alucinações** - as mais comuns nos esquizofrênicos são as auditivas. O paciente geralmente ouve vozes depreciativas que o humilham, xingam, ordenam atos que os pacientes reprovam, ameaçam, conversam entre si falando mal do próprio paciente. Pode ser sempre a mesma voz, podem ser de várias pessoas podem ser vozes de pessoas conhecidas ou desconhecidas, podem ser murmúrios e incompreensíveis, ou claras e compreensíveis. Da mesma maneira que qualquer pessoa se aborrece em ouvir tais coisas, os pacientes também se afligem com o conteúdo do que ouvem, ainda mais por não conseguirem fugir das vozes. Alucinações visuais são raras na esquizofrenia, sempre que surgem devem pôr em dúvida o diagnóstico, favorecendo perturbações orgânicas do cérebro.

**Delírios** - Os delírios de longe mais comuns na esquizofrenia são os persecutórios. São as idéias falsas que os pacientes têm de que estão sendo perseguidos, que querem matá-lo ou fazer-lhe algum mal. Os delírios podem também ser bizarros como achar que está sendo controlado por extraterrestres que enviam ondas de rádio para o seu cérebro. O delírio de identidade (achar que é outra pessoa) é a marca típica do doente mental que se considera Napoleão. No Brasil o mais comum é considerar-se Deus ou Jesus Cristo.



# ESQUIZOFRENIA

## Sintomas Positivos

**Perturbações do Pensamento - Estes sintomas são difíceis para o leigo identificar: mesmos os médicos não psiquiatras não conseguem percebê-los, não porque sejam discretos, mas porque a confusão é tamanha que nem se consegue denominar o que se vê. Há vários tipos de perturbações do pensamento, o diagnóstico tem que ser preciso porque a conduta é distinta entre o esquizofrênico que apresenta esse sintoma e um paciente com confusão mental, que pode ser uma emergência neurológica.**

**Alteração da sensação do eu - Assim como os delírios, esses sintomas são diferentes de qualquer coisa que possamos experimentar, exceto em estados mentais patológicos. Os pacientes com essas alterações dizem que não são elas mesmas, que uma outra entidade apoderou-se de seu corpo e que já não é ela mesma, ou simplesmente que não existe, que seu corpo não existe.**



# ESQUIZOFRENIA

## Sintomas Negativos

**Falta de motivação e apatia** - Esse estado é muito comum, praticamente uma unanimidade nos pacientes depois que as crises com sintomas positivos cessaram. O paciente não tem vontade de fazer nada, fica deitado ou vendo TV o tempo todo, freqüentemente a única coisa que faz é fumar, comer e dormir. Descuida-se da higiene e aparência pessoal. Os pacientes apáticos não se interessam por nada, nem pelo que costumavam gostar.

**Embotamento afetivo** - As emoções não são sentidas como antes. Normalmente uma pessoa se alegra ou se entristece com coisas boas ou ruins respectivamente. Esses pacientes são incapazes de sentir como antes. Podem até perceber isso racionalmente e relatar aos outros, mas de forma alguma podem mudar essa situação. A indiferença dos pacientes pode gerar raiva pela apatia conseqüente, mas os pacientes não têm culpa disso e muitas vezes são incompreendidos.

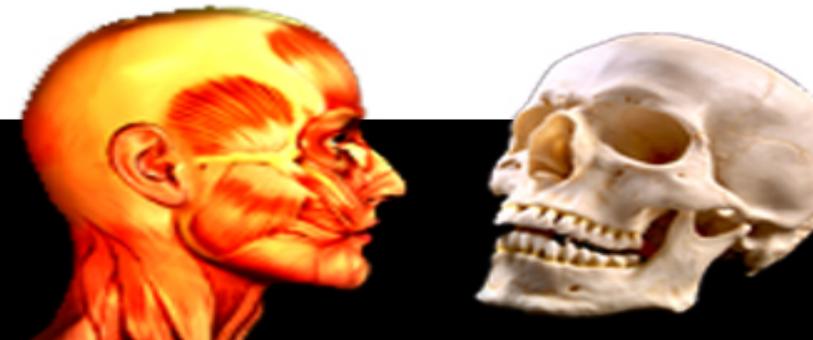


# ESQUIZOFRENIA

## Sintomas Negativos

**Isolamento social - O isolamento é praticamente uma consequência dos sintomas acima. Uma pessoa que não consegue sentir nem se interessar por nada, cujos pensamentos estão prejudicados e não consegue diferenciar bem o mundo real do irreal não consegue viver normalmente na sociedade.**

**Os sintomas negativos não devem ser confundidos com depressão. A depressão é tratável e costuma responder às medicações, já os sintomas negativos da esquizofrenia não melhoram com nenhum tipo de antipsicótico. A grande esperança dos novos antipsicóticos de atuarem sobre os sintomas negativos não se concretizou, contudo esses sintomas podem melhorar espontaneamente.**

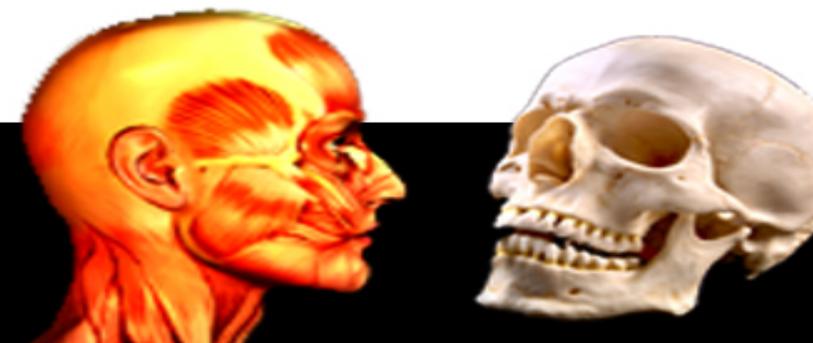


# ESQUIZOFRENIA

**Portanto, o termo geral designa um conjunto de psicoses endógenas cujos sintomas são:**

- **dissociação da ação e do pensamento;**
- **delírios persecutórios;**
- **alucinações, especialmente auditivas;**
- **labilidade afetiva (instabilidade emocional com tendência a demonstrar, alternadamente, estados de alegria e tristeza);**
- **perda do contato racional com o meio exterior.**

**Delitos praticados por esquizofrênicos ou esquizo-paranóides são inimputáveis na maioria dos casos.**



# PSICOSE MANÍACO-DEPRESSIVA

Atualmente classificada como transtorno bipolar, trata-se de uma desordem cerebral que causa alterações incomuns no humor, energia e capacidade de desempenhar funções.

Diferente das variações normais de humor que todas as pessoas têm, os sintomas do transtorno bipolar são severos e podem resultar em danos aos relacionamentos, performance ruim no trabalho e estudo, e até suicídio. A patologia é crônica, mas com tratamento o indivíduo pode levar uma vida produtiva.



# PSICOSE MANÍACO-DEPRESSIVA

A psicose maníaco-depressiva causa mudanças drásticas no humor (da hiper exaltação até a desesperança profunda) e essas variações se repetem geralmente com períodos de humor normal entre elas.

Mudanças dramáticas de comportamento acompanham essas alterações de humor. As fases de "alto e baixo" do humor são chamadas de ciclotímicas entre mania e depressão. O indivíduo com transtorno bipolar costuma ser chamado de "maníaco-depressivo" por leigos.

Podem ocorrer episódios graves de mania ou depressão, inclusive sintomas psicóticos. Os sintomas psicóticos mais comuns são alucinações (escutar, ver ou sentir presença de coisas que não estão ali), delusões (crença forte e falsa que não é explicada influenciada pela lógica nem explicada pelos conceitos culturais usuais da pessoa).



# **PSICOSE MANÍACO-DEPRESSIVA**

**Os sintomas psicóticos refletem o estado extremo de humor do momento. Por exemplo, ilusões de grandiosidade podem ocorrer durante a mania, enquanto que ilusões de culpa podem aparecer durante a depressão. Pessoas com transtorno bipolar que têm esses sintomas algumas vezes são incorretamente diagnosticadas como esquizofrênicas.**

**Na maioria dos casos o transtorno bipolar é controlado se o tratamento for contínuo. Porém, até quando não há paradas no tratamento, alterações de humor podem acontecer e devem ser reportadas imediatamente ao médico. O acompanhamento psiquiátrico de perto e comunicação aberta sobre as preocupações sobre o tratamento fazem diferença na sua eficiência.**



# PSICOSE MANÍACO-DEPRESSIVA

**O transtorno bipolar é uma patologia marcada por:**

- grande oscilação emocional
- fases de mania (excitação, fuga de idéias, hiperatividade)
- fases de depressão (sentimentos de inadequação, retardamento de idéias e movimentos, ansiedade, tristeza, idéias suicidas)

**Juridicamente, delitos praticados por bipolares tendem a ser:**

**Inimputáveis – se o indivíduo desconhece ser portador da doença; e não passou por tratamentos psiquiátrico e medicamentoso adequados**

**semi-imputável – se o indivíduo tem ciência de ser portador da doença e descontinua o tratamento por conta e risco próprio.**



# PERSONALIDADE PSICOPÁTICA

O termo “psicopata” embora popularizado é utilizado de forma equivocada. Há poucos transtornos tão incompreendidos quanto a personalidade psicopática. Descrita em 1941 pelo psiquiatra americano Hervey M. Cleckley, do Medical College da Geórgia, a psicopatia consiste num conjunto de comportamentos e traços de personalidade específicos. Encantadoras à primeira vista, essas pessoas geralmente causam boa impressão e são tidas como “normais” pelos que as conhecem superficialmente.

Também conhecida como Sociopatia, tem sido associada ao protótipo do assassino em série, porém, nem todos os assassinos são psicopatas e nem todos os psicopatas chegam a ser assassino, ou mesmo fisicamente violentos.



# PERSONALIDADE PSICOPÁTICA

Embora seja mais comum no homens, também é possível encontrar mulheres sociopatas. **Os primeiros sinais tornam-se mais evidentes a partir dos 15 anos de idade**, embora algumas atitudes apontem neste sentido em idade mais tenra. Alguns sintomas que um sociopata apresenta são:

- **Ausência de Culpa:** Nunca sente arrependimento, nem remorsos. Os outros é que são os culpados de tudo o que acontece de mal e vive com a certeza absoluta que nunca erra, nem errou. Não teme a punição por ter a certeza que tudo o que faz tem um propósito benéfico, (para ele, claro!), embora tenha a noção de que os seus actos são anti-sociais. Quando é denunciado, recusa a reabilitação ou qualquer tratamento e na impossibilidade de fugir, simula uma mudança de carácter, para mais tarde voltar aos padrões comportamentais que lhe são característicos e até, vingar-se de quem o tentou ajudar.



# PERSONALIDADE PSICOPÁTICA

- **Mestres da Mentira:** Para eles a realidade e a ilusão fundem-se num só conceito pelo qual regem ao seu mundo. São capazes de contar uma mentira como se estivessem a descrever detalhadamente uma situação real. Não mentem só para fugirem de uma situação constrangedora, mas pura e simplesmente porque não sabem viver sem mentir.
- **Manipulação e Egoísmo:** Não tem a noção de bem comum. Desde que ele esteja bem, o resto do mundo não lhe interessa. O psicopata é um indivíduo que manipula o seu encanto para atingir os seus objetivos, jamais pensando nas emoções alheias. Não reconhece a dor que provoca nos outros e por isso, usa as pessoas como peões, objetos que pode pôr e dispor conforme lhe convêm. Manifesta facilidade em lidar com as palavras e convencer as pessoas mais vulneráveis a entrarem no seu “jogo”.



# PERSONALIDADE PSICOPÁTICA

Querem controlar todos os relacionamentos, impedindo que familiares e amigos confraternizem paralelamente, sem a sua presença. Para tal recorrem as esquemas, intrigas e claro, ao seu charme para se fingir amigo.

- **Inteligência:** O QI costuma ser acima da média. Há casos de psicopatas que conseguem passar por médicos, advogados, professores etc, sem nunca terem frequentado uma universidade. São peritos no disfarce, excelentes auto-didatas e fazem-no com perfeição.
- **Ausência de Afeto:** Não são pessoas afetuosas com o próximo e enquanto pais, não são do gênero de “dar colo” aos filhos. Usam os filhos como “marionetes”, em função dos seus próprios interesses, não respeitando as suas escolhas, quer nos níveis pessoal ou profissional. Baseia os seus “métodos educativos” na humilhação e chega a ser totalmente negligente para com os seus.



# PERSONALIDADE PSICOPÁTICA

- **Impulsivo:** Devido ao déficit do superego, não consegue conter os seus impulsos e pode cometer toda a espécie de delitos, friamente e sem noção de culpa. Costuma passar até pelo teste do polígrafo, porque o seu ritmo cardíaco não se altera quando profere mentiras e nem quando comete crimes.
- **Isolamento:** Gostam de viver sós e quando vivem com outros, querem liderar o grupo, mesmo que para isso destrua uma família inteira.

Em suma, trata-se de um distúrbio mental grave em que o enfermo apresenta: comportamentos anti-sociais e amorais; sem demonstração de arrependimento ou remorso (ausência do sentimento de culpa); incapacidade para amar; possui relacionamentos sem laços afetivos profundos; é egocêntrico ao extremo com tendência à impulsividade, à agressividade e a incapacidade de aprender com a experiência

**Juridicamente são classificados como semi-imputáveis**



# Critérios Psiquiátricos para Enquadramento em Alienação Mental

- ❑ **Personalidade prévia, genética, patologias congênitas, metabólicas, degenerativas e afins. Causa da alienação? Orientação: quem é? Onde está? Porquê está?**
- ❑ **Noções de tempo e espaço e de pessoa. O alienado não tem;**
  - **Sensopercepção: importantíssima nestes casos. Presença de delírios e alucinações. Dizer que é outra pessoa, que é comandado por vozes, que o examinador lê o seu pensamento ou grava e vice-versa;**
  - **Juízo crítico: o examinado tem noção da sua patologia? Sofre com ela? Tenta ocultá-la? Os alienados mentais são desprovidos de insight;**
  - **Pensamento: observar atentamente que além da ausência de grau de insight e juízo crítico, Os alienados mentais não abstraem. Não têm capacidade de decidir, criatividade objetiva, opinar sobre temas gerais, interpretar textos e ditados simples, provérbios, ditos populares e testes simples tipo associação de palavras.**



## Critérios Psiquiátricos para Enquadramento em Alienação Mental

- ❑ **Vontade:** abulia até catatonia; Obediência automática. Robotizado (em geral impregnado de antipsicóticos). Comuns nas esquizofrenias;
- ❑ **Ecolalias:** repetição do que ouve ou do que diz – psicoses, retardos, autismo... Possuem *pensamento concreto* e perdem o nexos no decorrer do diálogo;
- **Tangencialidade:** os alienados mentais não chegam ao fim de um assunto ou o fazem de forma desconexa e inadequada;
- **Pragmatismo:** trabalha? Tem planos? Projetos pessoais, profissionais, afetivos? Defende seus interesses? O alienado não faz estas coisas ou faz de forma anômala.



# CASO CLÍNICO

- **Paciente de sexo masculino, 35 anos (34 na época do fato), branco, separado, ensino fundamental completo, motorista profissional. Não apresenta antecedentes mórbidos pessoais dignos de nota e nega história familiar de alcoolismo, uso de drogas ilícitas, suicídio, doença mental ou internações psiquiátricas. Começou a trabalhar aos 14 anos, mantendo até o início do seu quadro psiquiátrico, aos 31 anos, bom desempenho no trabalho. Sobre relacionamentos com mulheres, informa ter tido apenas uma namorada na adolescência, que rompeu o namoro por ter se mudado para outra cidade. Sua segunda namorada foi sua ex-esposa. A doença atual teve início aproximadamente 4 anos antes do fato homicídio seguido de tentativa de suicídio (H-TS), quando sua esposa decidiu-se pela separação após um casamento de 11 anos, mudando-se de cidade e levando em sua companhia o único filho do casal. O paciente não encontra uma motivação clara para a decisão da esposa de separar-se, referindo que ela “queria se mudar de cidade e eu não quis; dizia que estava cansada de viver comigo” (sic).**



# CASO CLÍNICO

- Com a separação, teve início um quadro depressivo clinicamente sintomático: sentia-se permanentemente triste, apático, inapetente, desanimado e sem conseguir comparecer ao trabalho com regularidade. Passava dias seguidos sem conseguir levantar da cama ou realizar cuidados básicos de higiene. Não via perspectivas para sua vida. Começou a ouvir vozes mandando que se matasse (alucinações auditivas de comando). Realizou, então, sua primeira tentativa de suicídio (TS), ingerindo um litro de veneno para ratos e necessitando cuidados médicos de emergência. Nesta ocasião (31 anos), ocorreu sua primeira busca por tratamento psiquiátrico, o qual abandonou após poucos meses por “não sentir nenhuma melhora” (sic), apesar de afirmar o desaparecimento das vozes que o incitavam a matar-se. Este tratamento constou de uma abordagem psiquiátrica clínica, em nível ambulatorial, com a utilização de antidepressivos em doses sub-pletas. Nos 2 anos seguintes, refere não ter se sentido “livre da tristeza” (sic) em qualquer momento, realizando, nesse período, mais duas TS, provocando acidentes frontais quando estava ao volante de ônibus da empresa onde trabalhava com a intenção consciente de morrer.



# CASO CLÍNICO

- É digno de nota que, nas duas oportunidades, o ônibus não conduzia passageiros, pois o paciente não tinha intenção de machucar outras pessoas (sic). Não há referência a sintomas psicóticos (alterações da sensopercepção ou do pensamento) posteriores aos que se seguiram à primeira TS. O paciente nega internações psiquiátricas. Nos 11 meses anteriores ao delito, o paciente havia estabelecido um relacionamento com uma mulher alguns anos mais jovem, que, nos últimos tempos, vinha manifestando dúvidas sobre o desejo de manter o namoro. Na noite do crime, o paciente avistou-a em um bar, na companhia de outro homem. Sentindo-se muito perturbado, não se deixou ver e voltou para casa. Algumas horas mais tarde, foi procurado pela namorada, que manifestou-lhe a intenção de dar fim à relação de ambos. Neste momento, o paciente perdeu o controle (sic) e estrangulou a vítima. Depois, mantendo a noção de que havia matado a namorada, tentou ocultar o cadáver para não ser descoberto, abandonando-o em local ermo próximo, retornando então para sua residência. Pela manhã, após algumas horas, tentou suicídio por enforcamento, sendo encontrado por acaso, já desacordado, por um familiar. Permaneceu internado por uma semana devido ao risco clínico de morte.



# CASO CLÍNICO

- Após a alta clínica, foi encaminhado ao Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso (IPFMC), Porto Alegre (RS), por determinação judicial, para tratamento e realização de perícia para avaliação de responsabilidade penal, denunciado pelos delitos de homicídio e ocultação de cadáver. Por ocasião da internação no IPFMC, em um quadro franca mente psicótico, o paciente alega não se lembrar de detalhes do crime e dos motivos que o levaram a esconder o corpo: “Matei-a e depois tentei me suicidar. Vou tentar de novo, eu a amava e agora ela está me esperando” (sic). Ao exame, o paciente apresentava-se fisicamente debilitado, com sulcos contínuos e profundos no pescoço (marcas características de enforcamento). Estava lúcido, hipovigil e hipotenaz. Na sensopercepção, apresentava alucinações auditivas (vozes de comando dizendo-lhe que devia matar-se). Estava orientado quanto a espaço e tempo. A memória apresentava amnésia lacunar para o delito e eventos relacionados. O pensamento era de produção mágica, com o conteúdo marcado por ideias de ruína, desesperança e desvalia, além de ideação suicida (de caráter intrusivo e obsessivo) e plano suicida (planejava enforcar-se para se encontrar com a namorada morta); o curso de pensamento era lentificado.



# CASO CLÍNICO

- Estava bradilálico e a inteligência foi inferida clinicamente como de nível médio. O humor estava francamente deprimido, e a conduta, apática e hipoativa. Os exames laboratorial e neurológico não apresentaram alterações significativas. A hipótese diagnóstica, na internação, foi de episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (CID-10: F32.3).
  - **Pede-se do ponto de vista pericial responder sobre a responsabilidade penal do periciando (imputável x inimputável).**



# CASO CLÍNICO

- Os delitos foram cometidos de forma impulsiva no contexto de um quadro depressivo; porém, a perícia de avaliação da responsabilidade penal não foi capaz de localizar sinais ou sintomas de que tal quadro fosse de dimensão psicótica. A manutenção das capacidades cognitivas e volitivas, bem como do teste de realidade, podem se configurar pela preocupação do paciente em proteger-se escondendo o cadáver da vítima após o homicídio, voltando, a seguir, para sua casa.



# CASO CLÍNICO

- O quadro psicótico instalou-se algumas horas após o homicídio, quando alterações do pensamento e da sensopercepção levaram-no a TS, que não se consumou por motivos alheios à sua vontade.
- O fator predominante no desencadeamento da conduta homicida não é a perda da parceira sexual, ou o fato de ver a namorada com outro homem, o que provocou no paciente uma reação de retraimento (sentiu-se triste e foi para casa), mas se relaciona com uma nova ruptura de relacionamento, pois somente quando, mais tarde, ela o procurou para concretizar o término da relação, reagiu impulsivamente ao abandono e matou-a.



# CASO CLÍNICO

- Na visão dos peritos, ao cometer os delitos, o paciente mantinha intactas suas capacidades cognitivas (a noção de que matar é crime) e volitivas (a capacidade de dirigir sua conduta de acordo com a noção de que matar é crime).
- **A tentativa de ocultação do cadáver é um forte indicativo de manutenção de tais capacidades.** Somente após o delito, sobreveio o quadro psicótico descrito.



# CASO CLÍNICO

- Do ponto de vista pericial, em relação à responsabilidade penal, pode-se concluir pela **imputabilidade do paciente** no momento em que cometeu os delitos (homicídio e ocultação de cadáver), registrando, também, a presença de um quadro diagnosticado como depressão grave com sintomas psicóticos (CID-10: F32.3) quando da realização da perícia, portanto, superveniente ao cometimento dos delitos.

