

**DANIELLE THEODOROVICZ**

**TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: IMPLICAÇÕES FORENSES**

**CURITIBA  
2004**

**DANIELLE THEODOROVICZ**

**TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: IMPLICAÇÕES FORENSES**

Monografia apresentada pela acadêmica Danielle Theodorovicz, sob a orientação do prof. Luiz Antonio Lacerda do Amaral, como requisito essencial à obtenção do grau de Bacharel em Direito pela Universidade Federal do Paraná.

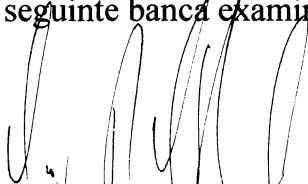
**CURITIBA**  
**2004**

## TERMO DE APROVAÇÃO

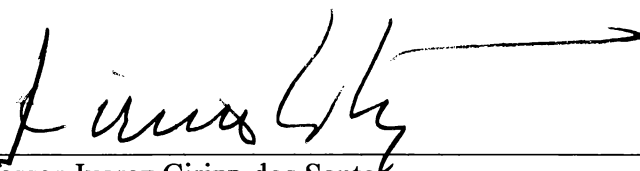
DANIELLE THEODOROVICZ

### TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: IMPLICAÇÕES FORENSES

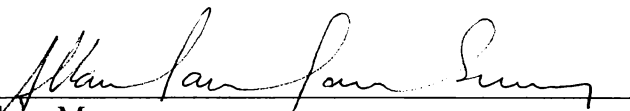
Monografia apresentada como requisito à obtenção do grau de bacharel no curso de graduação em Direito, Setor de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná, perante a seguinte banca examinadora:



Professor Luiz Antonio Lacerda do Amaral – Orientador  
Faculdade de Direito, UFPR



Professor Juarez Cirino dos Santos  
Faculdade de Direito, UFPR



Dra Alana Marques  
Faculdade de Direito, UFPR

Curitiba, 06 de outubro de 2004.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	01
<b>2. IMPUTABILIDADE E RESPONSABILIDADE</b> .....	03
2.1. <b>Culpabilidade</b> .....	03
2.1.1. Teoria Psicológica.....	03
2.1.2. Teoria Psicológico-Normativa.....	03
2.1.3. Teoria Normativa Pura.....	04
2.2. <b>Responsabilidade Penal</b> .....	05
2.3. <b>Imputabilidade</b> .....	05
2.4. <b>Inimputabilidade e Semi-Imputabilidade</b> .....	06
2.5. <b>Doença Mental</b> .....	09
<b>3. PATOLOGIA E NORMALIDADE</b> .....	10
<b>4. ANSIEDADE</b> .....	12
<b>5. TRANSTORNOS DE ANSIEDADE</b> .....	13
5.1. <b>Teorias Psicológicas</b> .....	13
5.1.1. Teorias Psicanalíticas.....	13
5.1.2. Teorias Comportamentais.....	14
5.1.3. Teorias Existenciais.....	14
5.2. <b>Teorias Biológicas</b> .....	15
<b>6. CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE</b> .....	16
6.1. <b>Neurose Obsessivo-Compulsiva</b> .....	16
6.2. <b>Neurose Histórica</b> .....	18
6.3. <b>Neurose Fóbica</b> .....	21
6.3.1. Fobia Específica.....	21
6.3.2. Fobia Social.....	22
6.3.3. Síndrome do Pânico.....	22
6.4. <b>Transtornos Afetivos Sazonais</b> .....	23
6.5. <b>Transtornos De Estresse Pós-Traumático</b> .....	23
6.6. <b>Transtornos Psicossomáticos</b> .....	25
<b>7. IMPLICAÇÕES FORENSES</b> .....	26
7.1. <b>Criminal</b> .....	26
7.2. <b>Civil</b> .....	29
<b>8. CASUÍSTICA</b> .....	32
<b>9. CONCLUSÕES</b> .....	34
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	39

## **RESUMO**

A presente pesquisa objetiva uma melhor compreensão do estado mental patológico denominado transtorno de ansiedade, sendo analisado como fator de limitação da responsabilidade e causa de incidência da inimputabilidade ou semi-imputabilidade. Primeiramente, far-se-á um estudo dos institutos da imputabilidade e da responsabilidade. Em seguida, haverá uma descrição do transtorno mental conhecido como neurose, das teorias que tratam de sua causa e da sua classificação. Por fim serão colocadas as implicações forenses criminais e civis que derivam desses transtornos, analisando se o neurótico deve, afinal, ser responsabilizado pelos atos que pratica de acordo com nosso direito positivo.

## 1. INTRODUÇÃO

Dispõe o artigo 26 do Código Penal:

*“Art. 26. É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”<sup>1</sup>*

Em nosso direito positivo, somente se configura a responsabilidade penal, quando estivermos diante de uma inteligência e volição maduras, sadias e livres de qualquer espécie de coação. A falta de qualquer um desses requisitos básicos modifica o status de imputabilidade, desvitalizam a culpabilidade e alteram a natureza jurídica da responsabilidade penal do homem.<sup>2</sup>

*“A plenitude da autodeterminação moral pode ser comprometida por fatores endógenos ou de ordem psíquica, como a menoridade e os estados patológicos da mente; bem como por causas exógenas ou de natureza externa, através de substâncias estupefacientes e outros meios químicos ou físicos, capazes de perturbar as faculdades intelectuais de uma pessoa, com reflexos diretos na liberdade de agir em sintonia com o direito.”<sup>3</sup>*

O termo entender, inserido no corpo da lei, refere-se à capacidade de entendimento que decorre da inteligência ou da razão. Significa aquela normal capacidade de apreensão intelectual dos fatos, que está presente no *homo medius*, capaz de ter consciência do certo e do errado. O termo determinar-se, na forma contemplada pela norma jurídica, volta-se para o poder de autodeterminação que o agente deve possuir, para conduzir-se livremente, diante dos motivos que lhe solicitam a vontade. Significa espontaneidade na inclinação ou tendência do sujeito que atua

---

<sup>1</sup> BRASIL. Código Penal. 40.- 40.ed. – São Paulo: Saraiva, 2002.

<sup>2</sup> LEIRIA, Antonio José Fabrício. **Fundamentos da responsabilidade penal**. Rio de Janeiro: Forense, 1980. p. 233

<sup>3</sup> LEIRIA, Antonio José Fabrício. Obra citada. P. 234.

para, entre várias opções, escolher o caminho certo que vai levar a um fim previsível, previsto e desejado.<sup>4</sup>

O objetivo deste trabalho é esclarecer se a presença de um transtorno de ansiedade (estado mental patológico) incidiria como causa de limitação da responsabilidade e caracterização da inimputabilidade ou semi-imputabilidade.

---

<sup>4</sup> LEIRIA, Antonio José Fabrício. **Fundamentos da responsabilidade penal**. Rio de Janeiro: Forense, 1980. p. 234.

## 2. IMPUTABILIDADE E RESPONSABILIDADE

Geralmente esses dois conceitos são utilizados com a mesma conotação, porém não se confundem, pois aplicam-se de modo diferenciado. Para entrar nesse tema torna-se necessária uma breve análise da culpabilidade.

### 2.1.Culpabilidade

Há três teorias que buscam explicar a culpabilidade: a psicológica, a psicológico-normativa e a normativa pura.

#### 2.1.1. Teoria Psicológica

Para esta teoria, a culpabilidade reside na relação psíquica do autor com o fato, ou seja, a posição psicológica do sujeito diante do fato cometido, compreendendo o estudo do dolo e da culpa, que são suas espécies. Sendo assim, a culpabilidade seria o nexu psíquico entre o mundo sensível do autor e o resultado típico, tanto nos crimes dolosos quanto nos culposos. Segundo esta teoria, para afirmar a existência da culpabilidade bastaria que o sujeito conhecesse o alcance de suas ações. O erro desta doutrina para DAMÁSIO E. DE JESUS consiste em reunir o dolo e a culpa numa mesma categoria. São conceitos totalmente diferentes, o dolo é caracterizado pelo querer e a culpa pelo não querer. Na culpa não existiria essa relação psíquica entre o autor e o resultado.<sup>5</sup>

#### 2.1.2. Teoria Psicológico-Normativa

Esta teoria sustenta que a culpabilidade não pode ser reduzida a uma relação psicológica existente entre o autor e o fato, ou entre o agente e o resultado, na

---

<sup>5</sup> DAMÁSIO, E. De Jesus. **Direito penal**: parte geral. 23.ed. São Paulo: Saraiva, 1999.v.1, p. 458.



medida que representa um juízo de valoração a respeito de um fato doloso (psicológico) ou culposo (normativo). Assim, dolo e culpa não poderiam ser consideradas espécies de culpabilidade, mas elementos dela. A culpabilidade seria assim um juízo de valor sobre uma situação fática de ordinário psicológico, e seus elementos psicológicos, dolo e culpa, estão no agente do crime, enquanto seu elemento normativo está no juiz. A crítica a esta teoria é que se retirou a culpabilidade do psiquismo do réu para colocá-lo na cabeça de quem julga, de quem emite o denominado juízo de censura.

### 2.1.3. Teoria Normativa Pura

De acordo com essa teoria, a culpabilidade deve ser entendida como o juízo de reprovabilidade da conduta típica e antijurídica, tendo como inovação o fato de o dolo ser retirado da culpabilidade e inserido no tipo penal, fazendo com que a culpabilidade conte com os seguintes elementos: imputabilidade, potencial consciência da ilicitude e exigibilidade de conduta diversa. A capacidade de culpabilidade passou a ser entendida como a capacidade de compreensão do injusto e a determinação da vontade.

Da análise do conceito de culpabilidade, temos que toda pena supõe culpabilidade, de modo que não pode ser punido aquele que atua sem culpabilidade e que a pena não pode superar a medida da culpabilidade. Integram o conceito de culpabilidade a imputabilidade, a exigibilidade de conduta diversa e a potencial consciência da ilicitude.<sup>6</sup>

Dessa forma, “só há culpabilidade se o sujeito, de acordo com suas condições psíquicas, podia estruturar sua consciência e vontade de acordo com o direito (imputabilidade); se estava em condições de poder compreender a ilicitude de sua conduta (possibilidade de conhecimento da ilicitude); se era possível exigir, nas

---

<sup>6</sup> PONTE, Antonio Carlos da. **Inimputabilidade e processo penal**. São Paulo: Atlas, 2001. p. 22.

circunstâncias, conduta diferente daquela do agente(exigibilidade de conduta diversa)”.<sup>7</sup>

## **2.2. Responsabilidade Penal**

“Num contexto amplo, a responsabilidade implica a obrigação de satisfazer, pagar ou reparar o dano ocasionado por conduta própria ou alheia. Juridicamente pode ser definida como a declaração de que alguém deve responder -cumprindo uma sanção ou reparando um dano- em decorrência das conseqüências lesivas produzidas por seu comportamento.”<sup>8</sup>

A responsabilidade reconhece o fato como atribuível à determinada pessoa e impõe a ela, quando responsável, a sujeição a determinadas conseqüências jurídicas (penas, medidas de segurança, ou indenização de eventuais prejuízos causados).

## **2.3. Imputabilidade**

A imputabilidade é a qualidade daquele a quem se possa responsabilizar pelas suas ações.

A imputabilidade pode ser delimitada como o mínimo de capacidade do agente para compreender as conotações antijurídicas de seu comportamento e para determinar-se de acordo com esse entendimento. É a condição pessoal de maturidade e sanidade mental que confere ao agente a capacidade de entender o caráter ilícito do fato e de determinar-se segundo esse entendimento.

---

<sup>7</sup> MIRABETE, Julio Fabbrini. **Manual de Direito Penal**. 16.ed. São Paulo: Atlas, 2000. v. 1., p. 196.

<sup>8</sup> PONTE, Antonio Carlos da. obra citada. p. 21,22.

O Código Penal Brasileiro não traz um conceito de imputabilidade, somente fornece as hipóteses em que ela não é verificada. Funda-se a responsabilidade no elemento subjetivo da vontade consciente, exigindo, para isso, que o agente revele certo grau de desenvolvimento mental, maturidade, normalidade psíquica, entendimento ético-jurídico e faculdade de autodeterminação. Faltando um desses requisitos, total ou parcialmente, o agente poderá ser considerado, dependendo da hipótese, inimputável ou semi-imputável.

#### **2.4. Inimputabilidade Penal e Semi-Imputabilidade**

Os estados de inimputabilidade ou de semi-imputabilidade são definidos nas legislações segundo um dos três critérios seguintes: o biológico ou psiquiátrico, o psicológico e o misto, também chamado de biopsicológico ou biopsicológico normativo.

Pelo critério biológico, o reconhecimento da higidez mental completa ou parcial depende da verificação de certos estados de patologia mental, de desenvolvimento mental deficiente ou de transtornos mentais transitórios, patológicos ou não. Provada a existência de um desses estados, considera-se o agente inimputável. Para esse critério, não importa saber se realmente faltam ao agente os elementos psíquicos que o tornariam imputável, mas apenas se existe algum estado mental anormal. Sendo assim, uma vez presente a enfermidade mental, ocorre a inimputabilidade ou semi-imputabilidade, sem se indagar se as mórbidas condições de espírito do agente é que suscitaram sua conduta criminoso.<sup>9</sup>

Pelo critério psicológico, a lei elenca todos os aspectos da atividade psíquica que, se forem verificadas, determinam que o sujeito é inimputável, como a falta de inteligência ou vontade normais, sem referência às causas patológicas ou não

---

<sup>9</sup> PONTE, Antonio Carlos da. obra citada. p. 32.

dessa deficiência. Este critério preocupa-se apenas em apurar se, no momento do crime, o autor estava ou não com suas faculdades mentais perturbadas, sendo irrelevante a natureza etiológica da causa ou os fatores determinantes da apuração. Dessa maneira, se, no momento do fato, por conta de fatores que influenciam a inteligência ou a vontade, o agente não estava devidamente capacitado para compreender o caráter criminoso de seu ato ou de determinar-se conforme esse entendimento, deverá ser considerado inimputável.

Segundo ANÍBAL BRUNO há falhas no critério biológico e no psicológico. Considera o primeiro deficiente, porque não basta a existência de determinado estado anômalo mental para se poder concluir pela exclusão dos elementos psíquicos da imputabilidade. Em geral, isso depende da natureza, do grau ou do momento da evolução da perturbação mental. Com relação ao segundo critério, a simples menção das conseqüências psíquicas daqueles estados, sem referência às causas que as determinaram, deixa a fórmula muito imprecisa e capaz de ser estendida abusivamente a condições que o legislador não entendeu incluir na hipótese.<sup>10</sup>

O critério biopsicológico foi o adotado pelo Código Penal Brasileiro, no art. 26, consiste na combinação dos dois critérios anteriores. Segundo este critério, deve-se primeiramente verificar se o agente é doente mental ou possui desenvolvimento mental incompleto ou retardado. Se a resposta for negativa, é imputável. Em caso afirmativo, deve-se averiguar se ele era capaz de entender o caráter ilícito do fato. Se não possuir essa capacidade será inimputável. Porém, se for demonstrado que o agente tinha essa capacidade de entendimento, verifica-se que ele era capaz de determinar-se conforme esse entendimento. Inexistindo a capacidade de determinação, o agente também será considerado inimputável.

---

<sup>10</sup> BRUNO, Aníbal. **Direito Penal**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1984. t.2, p. 131.

O método biopsicológico exige a verificação do nexo de causalidade entre o estado mental anormal e o crime praticado, ou seja, esse estado mental deve ter privado o agente de qualquer das capacidades psicológicas (intelectiva ou volitiva).<sup>11</sup>

Por este critério a imputabilidade deve existir no momento da prática do delito, de forma que a superveniência de enfermidade mental, depois de praticada a infração penal, não será motivo para a exclusão da culpabilidade, ocorrendo neste caso somente a suspensão da *persecutio criminis*, até que o réu se restabeleça( CPP, art. 152). Há doenças mentais em que o sujeito possui uma certa compreensão de seus atos. Dependendo do grau de sua compreensão pode ser reconhecida sua capacidade penal. Se o agente é um enfermo mental, mas praticar um delito durante um intervalo de lucidez, será considerado imputável. Se for constatada enfermidade mental após o advento de sentença penal condenatória definitiva deverá ser observado o disposto no art. 682 do Código de Processo Penal, devendo ser o sentenciado internado em manicômio judiciário ou outro estabelecimento adequado, onde lhe seja assegurada a custódia.

Com a adoção deste critério, o julgador não fica limitado ao laudo psiquiátrico, como ocorre no sistema biológico, visto que, para aferir a responsabilidade, não basta o simples diagnóstico médico da doença. É necessário analisar as circunstâncias que cercaram o fato no momento de sua realização, verificando se no momento do crime a doença mental estava ou não atuando sobre a personalidade do agente. É perfeitamente possível que o agente possuidor de eventual doença mental, no momento da realização da conduta criminosa, esteja em condições de entender e querer, possibilitando a sua punição de acordo com esse critério.

---

<sup>11</sup> HUNGRIA, Nélson. **Comentários ao Código Penal**. Rio de Janeiro: Forense, 1949. v. 1, p. 485.

## 2.5. Doença Mental

Entre as causas biológicas que podem condicionar a irresponsabilidade penal, figura, no Código Penal, a doença mental.

De acordo com LEIRIA:

“a doença mental, para os efeitos da norma jurídica, apresenta-se como um estado morboso da psique, capaz de produzir profundas inibições na inteligência ou na vontade, no momento da ação ou da omissão. Por outro ângulo, é de se ter presente que o conceito psiquiátrico de doença mental, embora sirva de base para a formulação do conceito jurídico, nem sempre coincide exatamente com este. Igualmente, não é de se confundir a perturbação da saúde mental, com a doença mental propriamente dita. Nas enfermidades psíquicas, há sempre uma perturbação da saúde mental, mas, tais perturbações nem sempre decorrem de uma doença mental, na concepção científica do termo”.<sup>12</sup>

“O termo “doença mental”, no campo penal, engloba todas as alterações da saúde mental, independentemente da causa, referindo-se tanto às psicoses endógenas ou congênitas( esquizofrenia, paranóia, psicose maníaco depressiva), ou exógenas(demência senil, paralisia geral progressiva, epilepsia), como também aos transtornos psicossomáticos e às neuroses”<sup>13</sup>, sendo esta última o objeto do presente trabalho.

---

<sup>12</sup> LEIRIA, Antonio José Fabrício. **Fundamentos da responsabilidade penal**. Rio de Janeiro: Forense, 1980. p. 240.

<sup>13</sup> PONTE, Antonio Carlos da. **Inimputabilidade e processo penal**. São Paulo: Atlas,2001.p. 35, 36.

### 3. PATOLOGIA E “NORMALIDADE”

Com relação ao conceito de patologia e normalidade, antes de FREUD, dividiam-se as pessoas em dois grupos: os “normais” e os doentes mentais (que se subdividiam em neuróticos e psicóticos). FREUD, porém, mostrou, através de seus trabalhos sobre a economia neurótica, que não existia qualquer solução de continuidade entre certos funcionamentos mentais considerados “normais” e o funcionamento mental tido como neurótico. Existem todos os graus e, no geral, os mecanismos permanecem os mesmos, diferem somente a adequação e a flexibilidade do jogo destes mecanismos. Ao final de sua vida, FREUD escreveu no *Esboço da Psicanálise* (1940) que seria “impossível estabelecer cientificamente uma linha de demarcação entre estados normais e anormais.” Durante esta época o centro da questão já não consistia em dividir as pessoas em normais de um lado e doentes (neuróticos e psicóticos) do outro. Tratava-se nesse momento de se colocar neuróticos e normais de um lado (correspondendo aos mesmos mecanismos conflituais e defensivos) e o grupo dos “não-normais” do outro. “A noção de “normalidade” estaria, assim, reservada a um estado de adequação funcional feliz, unicamente no seio de uma estrutura fixa, seja esta neurótica ou psicótica, sendo que a patológica corresponderia a uma ruptura do equilíbrio dentro de uma mesma linhagem estrutural.”<sup>14</sup>

HILGARD E ATKINSON apontam três critérios para tentar definir os termos “normal” e “anormal”. A primeira definição baseia-se na *freqüência estatística*. Por esta definição, anormal se refere ao que é estatisticamente pouco freqüente ou que se desvia da norma. Porém, por esta definição, poder-se-ia classificar como anormais as pessoas muito inteligentes, por exemplo. Pela segunda definição a sociedade em que vivemos, de acordo com os seus padrões, classificaria determinado comportamento como anormal. Geralmente, não sempre, esse comportamento é estatisticamente pouco freqüente no grupo. O problema dessa definição é que um

---

<sup>14</sup> BERGERET, Jean. **A Personalidade normal e patológica** (trad. Maria Elísia Valliatti Flores).-3.ed. Porto Alegre: ArtMed,1998. p.31.

comportamento que é considerado normal ou bem ajustado numa determinada sociedade pode ser considerado anormal em outra. Uma terceira definição de comportamento desajustado inclui certo grau de deficiência ou lesão. Se uma pessoa, diante do conflito e da angústia, fica imobilizada a ponto de não conseguir assumir suas responsabilidades cotidianas, ou se seu comportamento ameaça prejudicá-lo ou prejudicar outras pessoas, considera-se que tem um comportamento anormal. Vale frisar, porém, que não há uma distinção nítida entre o ajustamento adequado e a doença mental.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> HILGARD, Ernest R.. Atkinson, Richard. C. **Introdução à psicologia**. Ed. Nacional, 1976. p. 501.



#### 4. ANSIEDADE

SIGMUND FREUD identificou duas formas de ansiedade:

A primeira resulta da libido frustrada. Um aumento fisiológico da tensão sexual que leva a um aumento correspondente da libido, a representação mental desse evento fisiológico. A descarga dessa tensão é o intercurso sexual segundo FREUD. O impedimento da liberação dessa tensão resultaria em neuroses reais.

“A segunda forma de ansiedade é melhor caracterizada como um sentimento difuso de preocupação ou temor que se origina de um pensamento ou desejo reprimido. Esta forma de ansiedade responde pelas psiconeuroses ( histerias, fobias e neuroses obsessivas). FREUD compreendia essas condições e a ansiedade a elas associada como estando relacionadas, primariamente, a fatores psicológicos, ao invés de fatores fisiológicos. O conflito intrapsíquico é responsável pela ansiedade e psiconeuroses, e FREUD observou que a ansiedade resultante é menos intensa e dramática que a das neuroses reais.”<sup>16</sup>

A sensação de ansiedade “normal” se caracteriza por um sentimento difuso, e vago de apreensão, freqüentemente acompanhado por outros sintomas como cefaléia, perspiração, palpitações ou aperto no peito. A ansiedade é um sinal de alerta, que serve para avisar sobre um perigo iminente e possibilita a tomada de medidas para enfrentar a ameaça. Esta é uma resposta a uma ameaça desconhecida, interna, vaga ou de origem conflituosa. Uma pessoa ansiosa também pode sentir inquietação, indicada por incapacidade de permanecer sentada ou imóvel por muito tempo. Os sintomas presentes durante a ansiedade tende a variar entre as pessoas.

---

<sup>16</sup> KAPLAN, Harold I. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**-7.ed.- Porto Alegre: ArtMed,1997. p.545.

## **5. TRANSTORNOS DE ANSIEDADE (NEUROSES)**

### **5.1. Teorias psicológicas**

Com relação à ansiedade patológica, KAPLAN trata de três escolas da teoria psicológica que deram uma grande contribuição às teorias relacionadas às causas da ansiedade. Cada uma das teorias tem uma grande importância conceitual e prática no tratamento de pacientes com transtornos de ansiedade.<sup>17</sup>

#### 5.1.1. Teorias psicanalíticas

FREUD propõe que a ansiedade seria um sinal para o ego que um instinto inaceitável está exigindo representação e descargas conscientes. Como resposta a ansiedade ativa o ego, para que este tome medidas de defesa contra as pressões interiores. Se a ansiedade se elevar acima do baixo nível de intensidade característico de sua função com o sinal, pode emergir como um ataque de pânico. De maneira ideal, o uso da repressão deveria resultar somente em uma restauração do equilíbrio psicológico, sem a formação de sintomas, visto que uma repressão efetiva é capaz de conter completamente os instintos e os afetos e fantasias associados, tornando-os inconscientes. Caso a repressão não seja bem sucedida como defesa, outros mecanismos podem resultar na formação de sintomas, dessa maneira, produzindo um quadro de transtorno neurótico clássico.

Dentro desta teoria, a ansiedade é vista em termos de quatro categorias principais, dependendo da natureza das suas conseqüências: ansiedade do superego, ansiedade de castração, ansiedade de separação e ansiedade do id. A ansiedade do id está relacionada ao desconforto primitivo e difuso do bebê, ao sentir-se esmagado por

---

<sup>17</sup> KAPLAN, Harold I. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**-7.ed.- Porto Alegre: ArtMed,1997.p. 547.

necessidades e estímulos sobre os quais seu estado de impotência não lhe oferece controle. A ansiedade de separação refere-se ao estágio da criança um pouco mais velha, que teme a perda de amor ou mesmo o abandono por seus pais, caso não consiga controlar e dirigir seus impulsos de acordo com seus padrões e exigência. As fantasias de castração que caracterizam a criança edipiana, particularmente em relação a seus impulsos sexuais em desenvolvimento, refletem-se na ansiedade de castração no adulto. A ansiedade do superego decorre da consumação do desenvolvimento do superego marcando a passagem do complexo de Édipo e o advento do período pré-pubertal de latência.

#### 5.1.2. Teorias Comportamentais

Estas teorias têm gerado os tratamentos mais efetivos para os transtornos de ansiedade. Elas sugerem que a ansiedade é uma resposta condicionada a estímulos ambientais específicos. Em um modelo de condicionamento clássico, uma pessoa que não tenha qualquer alergia a alimentos pode, por exemplo, ficar muito doente, após comer ostras contaminadas em um restaurante, e as exposições subsequentes a ostras pode fazê-la passar mal. O tratamento, em geral, envolve alguma forma de dessensibilização através de exposições repetidas ao tipo de estímulo que deu origem ao transtorno.<sup>18</sup>

#### 5.1.3. Teorias Existenciais

As teorias existenciais da ansiedade oferecem um modelo para o transtorno de ansiedade generalizada, no qual não existe um estímulo especificamente identificável para um sentimento de ansiedade crônica. A idéia principal dessa teoria é a de que as pessoas tornam-se conscientes de um profundo vazio em suas vidas, uma percepção que pode tornar-se mais perturbadora do que a aceitação da inevitabilidade

---

<sup>18</sup> KAPLAN, Harold I. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**-7.ed.-Porto Alegre: ArtMed,1997.p. 548

da morte. A ansiedade é a resposta do indivíduo a este vazio de existência e significado.<sup>19</sup>

## 5.2. Teorias Biológicas

As teorias biológicas, envolvendo a ansiedade, desenvolveram-se a partir de estudos pré-clínicos com modelos animais de ansiedade. Do estudo de pacientes nos quais foram determinados fatores biológicos, do crescente conhecimento envolvendo a neurociência básica e das ações das drogas psicoterapêuticas. De um lado, há os que afirmam que as alterações biológicas mensuráveis nos pacientes com transtornos de ansiedade refletem os resultados de conflitos psicológicos e de outro lado há os que afirmam que os eventos biológicos precedem os conflitos psicológicos. Ambas as situações podem existir em indivíduos específicos, podendo haver um espectro de sensibilidades de base biológica entre as pessoas com sintomas de transtornos de ansiedade. Os estudos genéticos têm produzido dados sólidos quanto à existência de, pelo menos, algum componente genético no desenvolvimento dos transtornos de ansiedade. Cerca de 50% dos pacientes com transtorno de pânico têm, pelo menos, um parente afetado. Os números para outros transtornos de ansiedade, embora não tão altos, também indicam uma maior frequência de doença nos parentes em primeiro grau dos pacientes afetados do que nos parentes de pessoas não afetadas.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> KAPLAN, Harold I. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica-7.ed.-** Porto Alegre: ArtMed,1997,p. 549.

<sup>20</sup> KAPLAN, Harold I. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica-7.ed.-** Porto Alegre: ArtMed,1997,p. 551.

## 6. CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

GUIDO PALOMBA afirma que:

“Do ponto de vista fenomenológico, as neuroses, ou transtornos de ansiedade, são perturbações funcionais psíquicas e somáticas apresentadas por indivíduos singularmente predispostos, desencadeadas por conflitos emocionais intrapsíquicos causados por vivências dolorosas do presente ou do passado, capazes de alterar, pelo sofrimento a essência da concepção do mundo e de si mesmo. De maneira prática pode-se dizer que a diferença entre o psicótico e o neurótico é que no primeiro a patologia mental brota do nada, simplesmente nasce na mente, enquanto que no neurótico o estado mental alterado está baseado em vivências dolorosas do passado, próximo ou remoto. O neurótico sabe que é problemático, tanto é que às vezes chega a achar que está ficando louco, ao passo que o psicótico, que é louco propriamente dito, nunca acha que está doente da psique: vive seu delírio como se fosse uma realidade inquestionável e não é possível convencê-lo do contrário. O neurótico não: vive e reconhece perfeitamente a realidade que o circunda, é inconformado com ela, sofre, angustia-se, procura mecanismos de defesa, conscientes e inconscientes, que desencadeiam um sistema de segurança contra os conflitos internos, tentando estabelecer o equilíbrio para tornar a vida suportável. Nem sempre consegue, o sofrimento aumenta, a neurose se agrava.”<sup>21</sup>

As neuroses podem com o tempo ir tomando algumas direções, diferenciando-se em formas específicas. PALOMBA descreve as seguintes: obsessivo-compulsiva, fóbica, histérica, transtornos afetivos sazonais, transtornos de estresse pós-traumático e transtornos psicossomáticos.

### 6.1. Neurose Obsessivo-compulsiva.

“A obsessão é um pensamento, sentimento, idéia ou sensação intrusiva. A compulsão é um pensamento consciente, estandarizado e recorrente, como contar, verificar ou evitar. As obsessões aumentam a ansiedade da pessoa, enquanto a execução das compulsões a reduz. Entretanto, quando um indivíduo resiste à realização de uma compulsão, a ansiedade aumenta.”<sup>22</sup>

As reações obsessivo-compulsivas são as mais frequentes das perturbações neuróticas. Segundo HILGARD E ATKINSON elas ocorrem de três maneiras principais: *pensamentos obsessivos*, muitas vezes importunos e

<sup>21</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense, civil e penal**. – São Paulo: Atheneu Editora, 2003. p.546.

<sup>22</sup> KAPLAN, Harold; Sadock, Benjamin J.; Grebb, Jack A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7.ed.- Porto Alegre: ArtMed,1997. pp.567 e 568.

perturbadores que voltam persistentemente; *atos compulsivos*, impulsos irresistíveis de repetir um determinado ato estereotipado ou ritualista; *pensamentos obsessivos com atos compulsivos*, um exemplo seriam os pensamentos sobre germes de doenças ocultas, combinados à compulsão da lavagem excessiva das mãos. Em geral as pessoas têm pensamentos que se repetem com insistência e impulsos de comportamento ritualista, porém, no caso dos neuróticos obsessivo-compulsivo esses pensamentos obsessivos e impulsos compulsivos tomam tanto tempo que acabam interferindo na sua vida diária. Apesar de reconhecerem a irracionalidade dos pensamentos e comportamentos, não são capazes de controlá-los.<sup>23</sup>

O transtorno obsessivo-compulsivo pode ser um transtorno incapacitante, devido ao tempo que consomem e à interferência significativa na rotina normal do indivíduo, em seu trabalho, atividades sociais e relacionamentos com amigos e familiares.

Este tipo de neurose admite um grande número de subtipos. Os principais são os seguintes:

*“Loucura da dívida*, que assalta o indivíduo, deixando-o com receio de tocar objetos, por medo de se contaminar. Lava, obsessiva e compulsivamente as mãos, as roupas, toma vários banhos por dia, pois o temor de estar sujo, contaminado, o martiriza.

*Onomatomania*, o indivíduo precisa ficar fazendo contas, cálculos, em cujas operações aritméticas o obsessivo-compulsivo encontra um método cômodo para autodespistar-se e desligar o circuito indefinido de suas angústias.

*Dermatotilexomania*, (*dermato*, pelo; *tillexis*, picar algo; *mania*, preocupação obsessiva com algo) ou *escoriação neurótica* ou ainda: “Compulsão ou dificuldade de resistir ao impulso de causar ou agravar lesões à própria pele (coçar, arranhar, picar), usando como tal as unhas ou outros objetos”.<sup>24</sup>

*Transtorno explosivo intermitente* ou *obsessão compulsão para atos criminosos*, caracterizado por episódios distintos de falta de resistência a impulsos destrutivos e agressivos, cujos atos são, para quem os pratica, ao mesmo tempo desejados e temidos. O tormento de castigo merecido, a possibilidade de ser pego em flagrante, o remorso preliminar e a tranquilização que provoca a execução do ato criminoso estão na origem do processo.

*Tricotilomania*, caracteriza-se pelo fato de o indivíduo puxar os próprios cabelos, por prazer, o que gera uma espécie de alívio de tensão pela dor causada, como se essa desviasse o pólo

<sup>23</sup> HILGARD, Ernest R., Atkinson, Richard. C. **Introdução à psicologia**. Ed. Nacional, 1976. p. 529.

<sup>24</sup> ARZENO FERRÃO, Y. e col. **Dermatotilexomania em estudantes de medicina**: estudo piloto. Revista Brasileira de Psiquiatria, 21(2), p. 109, 1999.

do sofrimento, do psíquico para o físico, acarretando, por via de consequência, perda capilar apreciável.

*Cleptomania*, mania de furtar objetos (ou fracasso em não resistir a esse impulso) desnecessários ao uso pessoal e sem visualização do valor monetário. Em outras palavras: prazer em furtar. O indivíduo sabe o que está fazendo, mas é parcialmente capaz de não o fazer, pois está subjugado por uma intenção mórbida, que parcialmente o escraviza a agir daquela maneira. O cleptômano busca a embriaguez no ato proibido, rouba por prazer de roubar, lembrando que a embriaguez afetiva atua como qualquer intoxicação.<sup>25</sup>

Piromania caracteriza-se pelo prazer incendiário, o qual pode estar ligado a quadros neuróticos obsessivo-compulsivos, e muitas vezes é devido a patologia primária de origem epiléptica. Os pirômanos de fundo neurótico, freqüentemente, são espectadores dos incêndios que causam. Ficam nas proximidades e gostam de ajudar a combater as chamas, quando chegam as pessoas para apagar o incêndio. Com esse incêndios, eles não têm segunda intenção, como, por exemplo, ganhar dinheiro com indenizações, ideologias político-sociais, encobrir crime etc. É o simples prazer na visão do fogo e por suas consequências materiais e legais( destruição de objetos, ferimentos ou mortes).<sup>26</sup>

PALOMBA ainda cita o *jogo patológico* e a *síndrome de Tourette* como importantes subtipos de neurose obsessivo-compulsiva. O primeiro é caracterizado pela total dependência ao jogo, podendo o jogador, em uma situação desesperadora, praticar atos anti-sociais(roubos, fraudes, estelionatos) para continuar jogando ou até tentar o suicídio, como meio de acabar com sua angústia. A *síndrome de Tourette* está relacionada ao aparecimento de tiques que são movimentos curtos, não voluntários e que se repetem em intervalo irregular de tempo.

## 6.2. Neurose Histórica

A neurose histórica apresenta-se sob dois aspectos clínicos fundamentais:

1) sintomas somáticos , quase sempre de caráter paroxístico, que dão alterações da sensibilidade, da motórica, da percepção, além de fenômenos vasomotores e viscerais;

<sup>25</sup> STEKEL, W. *Actos impulsivos*. Buenos Aires: Inam, 1953, p.252.

<sup>26</sup> PALOMBA, Guido Arturo. *Tratado de Psiquiatria Forense, civil e penal*. – São Paulo: Atheneu Editora, 2003. pp. 547, 548.

2) sintomas mentais, quase sempre contínuos.

As alterações somáticas da histeria se apresentam como moléstias comuns. A diferença é que na histeria não há o substrato patológico, sempre presente quando se trata de doença propriamente dita. Isso levou vários autores a pensar que a histeria é um quadro de simulação. Há no histérico a tendência de chamar a atenção das pessoas através da simulação de doenças, mas não como o simulador propriamente dito. “O histérico é um perturbado mental, que levado por complexos psíquicos cai, semiconsciente, na simulação, ao passo que o segundo, o simulador propriamente dito, se vale do artil da farsa, conscientemente, para lograr vantagens.”<sup>27</sup>

Os sintomas somáticos também podem se apresentar como alterações da visão, da audição, do olfato, do paladar, alucinações e ilusões.

As manifestações mais comuns são as alterações da sensibilidade, que vão da anestesia à hiperestesia. No primeiro caso pode afetar regiões extensas do corpo ou limitar-se a pontos mais específicos, fazendo com que a pessoa não sinta nada na região afetada. No segundo caso ocorre o oposto, fazendo a pessoa queixar-se de dores em várias partes do corpo.

São vários os sintomas motores que podem se apresentar. Podem aparecer convulsões em diversos grupos musculares, ou ainda a incapacidade de coordenar os movimentos para ficar em pé e andar. Também se verificam a afonia por paralisia das cordas vocais, o mutismo súbito, paraplegias, monoplegias, os espasmos palpebrais, gagueira e tiques.

“Genericamente, o estado mental do histérico caracteriza-se pela fraqueza de vontade, hiperexcitabilidade, exagero da emotividade, com inteligência viva, porém superficial. Isso o predispõe, na luta cotidiana, a reagir de maneira caprichosa, extravagante, sem a fundamental contribuição das faculdades superiores da reflexão e do juízo, predominando a

---

<sup>27</sup> PALOMBA, GUIDO ARTURO. **Tratado de Psiquiatria Forense, civil e penal**. – São Paulo: Atheneu Editora, 2003. pp. 547, 548.



atitude reflexa, egoísta, dirigida pela vaidade ou pelo altruísmo doentio exagerado que, ao cabo, nada mais é do que o próprio desabrido egoísmo, isto é, o desejo que o doente tem de ser admirado, louvado e popularizado.”<sup>28</sup>

O histérico pode ter imaginação pervertida, e até mesmo perigosa, podendo prejudicar terceiros. Algumas vezes, confunde fatos reais com outros produzidos pela sua imaginação. Sendo assim, o depoimento dos histéricos não pode merecer total confiança.

São bastante sugestionáveis, deixam-se dominar por tudo o que é espetacular, inexplicável. Por esse fato os meios de tratamento que melhor dão resultado são justamente os que dispõem de encenações, como, por exemplo, dos curandeiros, dos feiticeiros, etc.

Há dois pré-requisitos básicos para o desenvolvimento do quadro histérico. Um de ordem física e outro de ordem psicológica. O de ordem física está na constituição, na potência que o indivíduo apresenta, orgânica, cerebral, para, em contato com fatores desencadeantes, vir a pôr em andamento o quadro patológico. O de ordem psicológica consiste em, no início do processo, o indivíduo passar da realidade à fantasia. O pensamento lógico, que funciona segundo o princípio da realidade, é substituído pelo pensamento pictórico, que funciona segundo o princípio da satisfação. Então, a realidade desagradável é substituída por uma fantasia agradável. O material psicológico reprimido, com a evolução do quadro, vai tomar posse involuntariamente, do indivíduo, descarregando-se somaticamente (dores, paralisias, etc.) ou psiquicamente (alucinações, etc.), conforme as peculiaridades constitucionais do histérico.

---

<sup>28</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense, civil e penal**. – São Paulo: Atheneu Editora, 2003. pp. 553, 554..

### 6.3. Neurose Fóbica

“Uma fobia é um medo irracional que provoca a esquiva consciente do objeto, atividade ou situação específica temida.”<sup>29</sup>

A fobia caracteriza-se pela sistematização da angústia sobre pessoas, coisas, situações ou atos que se tornam objeto de terror paralisante.<sup>30</sup>

As fobias podem ser subdivididas em: fobias específicas, fobias sociais e síndrome de pânico.

#### 6.3.1. Fobia Específica

A fobia específica caracteriza-se pelo medo acentuado e persistente, excessivo ou irracional, revelado pela presença ou antecipação de um objeto ou situação fóbica.

A exposição ao estímulo fóbico provoca, quase que invariavelmente, uma resposta imediata e ansiedade, que pode assumir a forma de um ataque de pânico ligado à situação ou predisposto pela situação. A situação fóbica é evitada ou suportada com grande ansiedade e sofrimento.

O indivíduo sabe que seu medo é excessivo ou irracional, porém essa característica pode não estar presente em crianças.

O esforço de evitar a antecipação ansiosa ou sofrimento na situação temida interfere significativamente na vida do indivíduo, em seu trabalho e outras atividades, ou existe acentuado sofrimento acerca de ter a fobia.<sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> KAPLAN, Harold; Sadock, Benjamin J.; Grebb, Jack A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7.ed.- Porto Alegre: ArtMed,1997. p. 562.

<sup>30</sup> EY, H. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Masson,1981.

### 6.3.2. Fobia Social

A fobia social caracteriza-se pelo medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, em que o indivíduo é exposto a pessoas estranhas ou ao possível escrutínio por outras pessoas. O indivíduo teme agir de um modo (ou mostrar sintomas de ansiedade) humilhante e embaraçoso para si mesmo.

A exposição à situação social temida provoca ansiedade que também pode assumir a forma de ataque de pânico ligado à situação ou predisposto por situação.

A esquiva, antecipação ansiosa ou sofrimento na situação social ou de desempenho temida interferem de maneira significativa na rotina e nos relacionamentos do indivíduo, ou existe um sofrimento acentuado por ter a fobia.<sup>32</sup>

### 6.3.3. Síndrome do Pânico

Na síndrome do pânico, o paciente é capaz de descrever a sua primeira crise de forma detalhada, relatando o lugar onde estava, o sentimento de ameaça iminente e as sensações corporais experimentadas (palpitações cardíacas, tontura, tremores, etc).

O ataque, em regra, não dura mais do que três minutos. Quando a mente do indivíduo volta ao estado normal, passados alguns dias ou semanas, vem uma segunda crise, geralmente mais intensa e mais vivamente descrita pelo paciente. Poderá ter outras e para se defender dessas crises desenvolve a chamada *atitude de evitação*, quando procura não se encontrar com a situação que desencadeia essas

---

<sup>31</sup> KAPLAN, Harold; Sadock, Benjamin J.; Grebb, Jack A. . **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7.ed.- Porto Alegre: ArtMed,1997. p.564.

<sup>32</sup> KAPLAN, Harold; Sadock, Benjamin J.; Grebb, Jack A. . obra citada. p.565.

crises, o que provoca conduta de fuga bastante variada, segundo a forma e a intensidade da angústia subjacente.<sup>33</sup>

#### **6.4. Transtornos Afetivos Sazonais.**

Os transtornos afetivos sazonais são depressões que ocorrem particularmente no inverno. PITTEN DRIGH, do Instituto Rockfeller, relaciona esse transtorno com a variação da iluminação, ou seja, algumas pessoas propensas à depressão tornam-se deprimidas à medida que a quantidade de luz por dia diminui durante o inverno.

Esses transtornos apresentam como característica básica a remissão na primavera e início no final do outono, começo do inverno; durante o resto do ano, o paciente não apresente alterações significativas.

As manifestações clínicas dependem da idade e do sexo, estando os jovens e as mulheres mais predispostos; a incidência é maior em países mais frios, nos quais o inverno é rigoroso.<sup>34</sup>

#### **6.5. Transtorno de Estresse Pós-Traumático**

O transtorno de estresse pós-traumático desenvolve-se a partir da exposição do indivíduo a um evento traumático no qual a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolvem morte ou graves ferimentos, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros. A resposta da pessoa envolveu intenso horror.

---

<sup>33</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense, civil e penal.** – São Paulo: Atheneu Editora, 2003. p.557.

<sup>34</sup> PALOMBA, GUIDO ARTURO. **Tratado de Psiquiatria Forense, civil e penal.** – São Paulo: Atheneu Editora, 2003. p. 558.

O quadro clínico é composto pelo medo, reviver do episódio, esquiva persistente de estímulos ligados ao trauma, ao sofrimento, esquiva social, trabalhista ou em outras áreas importantes da vida, sonhos aflitivos, idéias intrusivas do trauma, fixação do fato na mente, reencenação do evento, conjunto de sintomas que é acompanhado de somatizações de toda ordem.

Para um indivíduo ser classificado como portador de transtorno de estresse pós-traumático, este deve ter vivenciado um estresse emocional de tal magnitude, que seria traumático para praticamente qualquer pessoa.

O transtorno de estresse pós-traumático consiste de:

1. revivência do trauma através de sonhos e de pensamentos durante a vigília.
2. evitação persistente de coisas que lembrem do trauma e embotamento da resposta a esses indicadores.
3. hiperexcitação persistente.

Recentes pesquisas sobre o transtorno de estresse pós-traumático têm dado maior ênfase à resposta subjetiva do indivíduo ao trauma do que na gravidade do fato causador do transtorno. Percebe-se atualmente que o transtorno tem muito a ver com o significado subjetivo do fato causador do trauma para o paciente. Diante de um grande trauma, a maioria das pessoas não desenvolve os sintomas do transtorno de estresse pós-traumático. Assim como eventos que podem parecer corriqueiros para a maioria das pessoas podem produzir o transtorno em alguns indivíduos, em vista de seu significado subjetivo.

Esse tipo de transtorno pode desenvolver-se em qualquer idade.

A suscetibilidade ao colapso neurótico no adulto varia segundo o grau de tensão imposto, o tipo de evento traumático e também segundo o grau de instabilidade constitucional. Esse fator constitucional pode ser, até certo ponto, detectado por achados clínicos, tais como histórico familiar de doença nervosa, antecedentes pessoais psíquicos, instabilidade emotiva familiar, social, trabalhista etc.<sup>35</sup>

#### **6.6. Transtornos Psicossomáticos.**

Os Transtornos psicossomáticos são ocorrências psíquicas (ansiedade, angústia, etc.) que provocam lesões no tecido do corpo, o qual seria saudável se esses transtornos mentais não existissem.

Para a ocorrência desses distúrbios é preciso que o indivíduo tenha uma predisposição orgânica para isso. As lesões físicas podem ser cutâneas, cárdio-circulatório, gastrointestinais, no sistema endócrino e no sistema imunológico.<sup>36</sup>

---

<sup>35</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense, civil e penal.** – São Paulo: Atheneu Editora, 2003. p.558, 559 e 560.

<sup>36</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense, civil e penal.** – São Paulo: Atheneu Editora, 2003. p.560 e 561.

## 7. IMPLICAÇÕES FORENSES.

### 7.1. Criminal

Os transtornos neuróticos são perturbações da saúde mental que não têm a grande importância das outras patologias para a psiquiatria forense criminal, visto que dificilmente os juízes pedem laudo de exame de sanidade mental para crimes cometidos por neuróticos. Os neuróticos são pessoas aparentemente normais, que não levantam suspeitas quanto à sua perturbação, a não ser em crimes mais graves. O neurótico que pratica um delito, usualmente o faz da maneira que seria praticado por um criminoso comum, não levantando dúvidas quanto à sua sanidade. Muitas vezes não hánexo causal entre a patologia e a prática do delito.

Porém, algumas vezes o juiz pode requerer uma perícia em um caso de crime praticado por neurótico. Um exemplo seria quando o transtorno mental é do tipo obsessivo-compulsivo e o indivíduo não tem capacidade para inibir seus pensamentos delituosos. Dentre os atos mais comuns estão a *piromania*, a *cleptomania* e a *clastomania* ( mania de quebrar ou rasgar coisas ). Em regra o indivíduo entende o que está fazendo e entende o caráter criminoso de seu ato, porém, ele é parcialmente capaz de determinar-se conforme esse entendimento. Conseqüentemente a ele é geralmente atribuída a semi-imputabilidade. Excepcionalmente é atribuída a inimputabilidade a um neurótico, uma vez que os transtornos neuróticos, ainda que graves, não comprometem totalmente a capacidade de entendimento e de determinação.

A *cleptomania*, a *piromania* e a *clastomania* são somente sintomas e não entidades nosológicas autônomas. Esses sintomas, que podem aparecer nas neuroses obsessivo-compulsivas, também podem ser verificadas em outras patologias mentais, como a esquizofrenia, a toxicomania, a psicose maniaco-depressiva, etc.,

podendo, nestes casos levar o indivíduo a ser considerado inimputável, enquanto que se for de origem neurótica geralmente só leva à semi-imputabilidade, raramente à inimputabilidade.

Deve-se em cada caso “estudar o psiquismo verificando a capacidade de entendimento e de autodeterminação em relação ao ato criminoso, considerando a gravidade do caso clínico, a etiologia e o prognóstico”.<sup>37</sup>

Os neuróticos raramente se tornam criminosos de direito comum, e cometem poucas ações delituosas que tenham como causas seu transtorno psíquico, considerando o elevado número de pessoas que apresentam transtornos de ansiedade.

As pequenas infrações sociais como a mentira, a calúnia, a fraude, denúncias, cartas anônimas, etc, são comuns entre as pessoas que sofrem esse tipo de perturbação, porém pelo pouco dano que essas infrações causam, estas acabam não chegando aos Tribunais. Tais infrações são próprias de indivíduos tímidos, inseguros, praticando tais ações, mais por sua formação caracterológica do que por seu transtorno mental.

Mulheres histéricas muitas vezes denunciam terem sido vítimas de atentados sexuais, fantasiando tudo com detalhes bem urdidos e verossímeis, e outras ainda auto-acusam-se de adultério falso ou exagerado, fazendo isso com o intuito de se tornarem notadas, ou para causar danos ou humilhações a outrem, para trazer inquietação no ambiente doméstico, e também pelo gosto que têm de brincar com o perigo. Algumas vezes ainda tentam suicidar-se de maneira sensacional ou teatral o que freqüentemente resulta ficarem mutiladas ou desfiguradas.

---

<sup>37</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense, civil e penal**. – São Paulo: Atheneu Editora, 2003. p. 563.



Comumente os histéricos também se posicionam nos estados chamados passionais, a cenas de ciúme, atos de feitiço improdutivo, somente escandaloso, tais como intrigas familiares, claras ou por cartas anônimas por exemplo.

De maior relevância é a tendência que os histéricos e neurastênicos têm à simulação de sintomas mentais ou exageração deles. Muitas vezes é difícil saber em que momento começa a simulação intencional e consciente, e também é de lembrar-se que um sintoma anteriormente simulado ou exagerado poderá resultar em uma reação involuntária em fixar-se psicogenicamente, tornando-se extraconsciente.

Com relação ao problema da responsabilidade penal dos neuróticos, não há dificuldades na perícia; fora de suas crises não se lhes deve negar a capacidade de imputação, pois agem como pessoas normais, embora sejam afetivamente instáveis e sugestionáveis. As reações delituosas desses indivíduos, salvo no caso de exacerbação de seu estado psíquico no momento da ação, são imputáveis e eles devem estar sujeitos às sanções penais pertinentes. Esses indivíduos têm consciência de seus atos, são escrupulosos, comedidos, tímidos, porém devemos lembrar que estes padecem de certo defeito de inibição de seus atos.

Considerando os atos cometidos durante os *estados de crise histérica*, há uma certa divergência na doutrina. “Alguns, como VERGER, presumem a irresponsabilidade de todos os delitos praticados nesse estado; outros, ao contrário, acham que os doentes recorrem ao desdobramento e a esses estados segundos como expediente procurado, e mais, que durante os mesmos a inconsciência não é completa”.<sup>38</sup> O nosso juízo pericial deve orientar-se pela análise do ato delituoso e de suas circunstâncias.

---

<sup>38</sup> GARCIA, José Alves. **Psicopatologia Forense**. 2.ed. Irmãos Pongetti Editores. Rio de Janeiro, 1958.

## 7.2. Civil

As neuroses têm grande importância na psiquiatria forense civil. Aparecem com muita frequência nos casos em que se disputa o poder familiar, nas ações indenizatórias e de interdição e, com menos frequência, nas anulações de negócios jurídicos.

No caso do poder familiar, se a mãe ou o pai são neuróticos, mas suas neuroses, ainda que graves, não prejudiquem diretamente os cuidados indispensáveis ao menor, não haverá problemas no exercício do poder familiar, este poderá ser exercido normalmente pelo genitor portador de um transtorno de angústia. Obviamente, tendo uma mãe ou pai neurótico, o menor acaba exposto à patologia, porém, isso não quer dizer obrigatoriamente que os comportamentos perturbados de um educador prejudicarão diretamente o bem-estar psicossocial do menor. Por exemplo, uma mãe ou um pai que sofra de claustrofobia, estes padecem de perturbação da saúde mental sem, obrigatoriamente, comprometer o desempenho na guarda do filho. Por outro lado, uma mãe ou um pai com neurose obsessivo-compulsiva para a prática de atos destrutivos, agressivos, criminosos, nesses casos há relação direta do comportamento neurótico com a guarda, educação e criação do menor.

Nas *ações indenizatórias*, é de grande interesse os *transtornos por estresse pós-traumáticos*, que possa um empregado vir a apresentar, depois de exposto a um trauma ou de tê-lo sofrido no ambiente de trabalho.

Nas ações de interdição, embora não seja comum, costumam aparecer casos de neuróticos e, em regra, não cabe interdição, pois o neurótico é um indivíduo cujo comportamento peculiar fica circunscrito ao tema de sua neurose, tendo, por outro lado, a maioria das esferas mentais funcionando normalmente. O neurótico não rompe com a realidade, exceto em raríssimas exceções como, por exemplo, quando ocorrem quadros dissociativos.

Por outro lado, quando as perturbações mentais são graves e estão a comprometer o património próprio e o dos herdeiros, como em certos casos de jogo patológico, então cabe a interdição relativa ao exercício de certos atos da vida civil.

Nas ações de anulação de negócio jurídico, anulação de testamento e anulação de casamento, se o perito deparar com neurose, o melhor a fazer é afirmar a plena capacidade psicológica para a realização do ato, visto que a neurose é uma perturbação da saúde mental que, via de regra, não altera o entendimento, mas somente a capacidade de autodeterminação, em alguns casos, e mesmo assim em circunstâncias específicas e não o tempo todo. Além disso, o comprometimento mental não aliena o indivíduo dos fatos que ocorrem ao seu redor. Há exceção se o caso for de anulação de casamento. Uma neurose grave tem força para anular um casamento. E se realmente for um comprometimento grave, é possível, excepcionalmente, comprometer a capacidade para testar, com conseqüente anulação de casamento. Porém, para isso é necessário obrigatoriamente que haja nexos causal de manifestação clínica da neurose com o conteúdo do casamento. O testamento tem que ter, em suas disposições, as características do tipo de neurose que o indivíduo sofre (disposições que revelam obsessões do testador, ou medo, traumas profundos, depressões, etc). Se não houver, é porque não há nexos entre o conteúdo da ata das últimas vontades e a perturbação da saúde mental.

Raramente é requisitada a apreciação da capacidade civil ao perito em caso de neurose pura. Em geral, os neuróticos têm o domínio da ação civil e dificilmente lhes é negada a capacidade civil salvo em casos graves de embriaguez habitual.

A histeria e os estados obsessivos ansiosos graves podem justificar uma interdição, sobretudo em casos de indivíduos sujeitos a impulsos passionais ou

sexuais, porém deve-se informar ou documentar a reabilitação, assim que as circunstâncias permitam.

## 8. CASUÍSTICA

Abaixo estão alguns laudos de exames de sanidade mental realizados por GUIDO ARTURO PALOMBA.

“Resumo de laudo 1. Homicídio. Conclusão: Neurose, com o concurso de tranqüilizantes e etílicos, inimizabilidade (sexo masculino, 41 anos).

### Fatos Criminais

Consta da denúncia que o réu, utilizando-se de arma de fogo, deferiu um tiro em T.W.J., matando-o. O fato ocorreu por motivo fútil, após uma discussão no portão de sua casa. A vítima passava pelo local e pisou no canteiro no qual o réu estava trabalhando (regando plantas). Após o desentendimento verbal, entrou em casa e voltou com a arma em punho, acertando um tiro fatal na vítima. Consta de seu depoimento não se lembra do que fez. Fora, pois, denunciado como incurso nas penas do artigo 121, §2º, II e IV, do Código Penal.

### Síntese e Conclusões

Após o exame a que acabamos de proceder, preliminarmente afastamos por completo estar o examinando simulando qualquer situação psicopatológica. O que temos de significativo é o fato de o réu ser indivíduo de constituição neurótica, neurose essa que se manifesta organicamente, pelas sensações de “bolo na garganta”, dificuldade para engolir e insônia, além de estado ansioso quase que permanente e acentuado.

Porém, esse fato por si só não explica o ato delituoso que praticou, nem a amnésia lacunar para ele. É preciso considerar que o periciando contou, com pormenores, que, antes do delito, tinha ido ao bar e lá tomou “umas cervejas”, que já havia ingerido remédios, tranqüilizantes menores (o que faz de rotina), e que depois de preso só voltou à consciência um dia depois dos fatos, quando “acordou” na Delegacia de Polícia”.

Assim o delito, psicopatologicamente, ocorreu em face de três fatores principais. Primeiro, por ser o réu de constituição neurótica; segundo, por haver tomado tranqüilizantes a menos de 12 horas do delito e, em terceiro lugar, pela ingestão de bebida alcoólica momentos antes do ato praticado. O álcool, junto com tranqüilizantes, numa estrutura neurótica, veio a estreitar o campo da consciência, quando o examinando passou a liberar automatismos motores e verbais, sem representação plena na consciência e amnésia lacunar para os fatos. Autores franceses chamam esse estado, que como já dito foi desencadeado por etílicos e tranqüilizantes, em indivíduo de constituição neurótica, de estado segundo da consciência, em oposição ao estado primeiro, que é o normal, o vigil. É pouco mais ou menos como um sonho acordado, só que real, mas com amnésia ou, outras vezes, apenas com reminiscências mnêmicas confusas do ato que criara. É preciso também dizer que o crime ocorreu após o periciando discutir com a vítima, o que certamente contribuiu para desequilibrar totalmente o seu frágil psiquismo que lhe fluía no momento.

Juspsiquiatricamente, há nexos causal entre patologia e delito, caindo, portanto, na inimizabilidade.”<sup>39</sup>

“Resumo de Laudo 2. Homicídio da companheira, com alegação de estado de angústia e depressão. Conclusão: normalidade mental, inimizabilidade (sexo masculino, 64 anos).

### Fatos Criminais

Consta da denúncia que o réu, utilizando-se de uma faca, desferiu golpes em M.O.N., sua companheira, matando-a. No interrogatório policial disse que no dia estava muito angustiado

<sup>39</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense, civil e penal**. – São Paulo: Atheneu Editora, 2003. pp. 580, 581.

e deprimido pois encontrava-se desempregado e, por esse motivo, brigou com a companheira.

Fora, pois, denunciado como incurso nas penas do artigo 121, § 2º, III, 7ª figura, do Código Penal.

#### Conclusão

O periciando apresenta o psiquismo no limiar da normalidade. Não há distúrbios significativos para o lado das esferas timoativa, sensoperceptiva e também no conteúdo e no curso do pensamento. As memórias são fracas, mas não observamos outros distúrbios dignos de nota. A conação-volição não revelou distúrbios consignáveis. A inteligência é normal.

Embora seja um indivíduo ansioso e também angustiado, é certo que essas manifestações não podem, nele, caracterizar perturbação da saúde mental ao ponto de alterar a sua capacidade de entender as coisas e de determinar-se de acordo com esse entendimento, porque manifestam-se no periciando de forma a não ultrapassar certos limites, nos quais se circunscreve a normalidade mental. Em outras palavras, o periciando tem uma base mental cujo transcurso é a ansiedade e a angústia, que se manifesta em consequência a uma vivência estressante, traumática ou dolorosa. Esse é o seu tipo de constituição (há outros tipos, como, por exemplo, os que reagem com depressão, com irritabilidade, com neurastenia, com abulia, etc.). Ou seja, o periciando está dentro dos padrões da normalidade mental, cujo estado se lhe ocorria à época do fato (não há nenhum elemento psicopatológico pregresso-e também atual-que aponte em sentido contrário), o que permite dizer que o ato delituoso praticado lhe pode, jursiquiatricamente, ser imputado.”<sup>40</sup>

“Resumo de Laudo 3. Furto e estelionato, alegação de neurose. Conclusão: normalidade mental, imputabilidade (sexo feminino, 26 anos).

#### Fatos Criminais

Consta da denúncia que a ré subtraiu de uma empresa talonário de cheques, emitindo-os de forma contínua, com assinatura falsa. Na empresa onde se deram os fatos a ré gozava de confiança.

Fora, pois, denunciada como incurso nas penas do artigo 155, §4º, II, artigo 297 c/c o artigo 71 e artigo 171 c/c o artigo 71, todos do Código Penal.

#### Síntese e conclusões

Trata-se de examinanda que apresenta o psiquismo dentro dos padrões medianos da normalidade. Ora, não alucina, não delira, está orientada, calma, atenta, colaborante etc., não havendo, também, nenhum elemento psicopatológico pregresso significativo para o caso. É bem de ver que é a segunda vez que é processada por delito da mesma espécie.

Do ponto de vista psiquiátrico-forense, é a imputabilidade penal”<sup>41</sup>

<sup>40</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense, civil e penal**. – São Paulo: Atheneu Editora, 2003. p. 581.

<sup>41</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense, civil e penal**. – São Paulo: Atheneu Editora, 2003. p. 582.

## 9. CONCLUSÕES

**01.** Em nosso direito positivo, a responsabilidade penal está diretamente ligada à capacidade de entendimento e autodeterminação plenos. A falta de qualquer um desses requisitos básicos modifica o status de imputabilidade, desvitalizam a culpabilidade e alteram a natureza jurídica da responsabilidade penal do sujeito.

**02.** A responsabilidade reconhece o fato como atribuível à determinada pessoa e impõe a ela, quando responsável, a sujeição a determinadas conseqüências jurídicas (penas, medidas de segurança, ou indenização de eventuais prejuízos causados).

**03.** Imputabilidade é a qualidade daquele a quem se possa responsabilizar pelas suas ações. A imputabilidade pode ser delimitada como o mínimo de capacidade do agente para compreender as conotações antijurídicas de seu comportamento e para determinar-se de acordo com esse entendimento. É a condição pessoal de maturidade e sanidade mental que confere ao agente a capacidade de entender o caráter ilícito do fato e de determinar-se segundo esse entendimento.

**04.** Entre as causas biológicas que podem condicionar a irresponsabilidade penal, figura, no Código Penal, a doença mental. “A doença mental, para os efeitos da norma jurídica, apresenta-se como um estado morboso da psique, capaz de produzir profundas inibições na inteligência ou na vontade, no momento da ação ou da omissão.”<sup>42</sup>

**05.** Há doenças mentais em que o sujeito possui uma certa compreensão de seus atos. Dependendo do grau de sua compreensão pode ser reconhecida sua capacidade penal. Se o agente é um enfermo mental, mas praticar um delito durante um intervalo de lucidez, será considerado imputável.

---

<sup>42</sup> LEIRIA, Antonio José Fabrício. Fundamentos da responsabilidade penal. Rio de Janeiro: Forense, 1980. p. 240.

**06.** A ansiedade é um sinal de alerta, que serve para avisar sobre um perigo iminente e possibilita a tomada de medidas para enfrentar a ameaça. Esta é uma resposta a uma ameaça desconhecida, interna, vaga ou de origem conflituosa. Uma pessoa ansiosa também pode sentir inquietação, indicada por incapacidade de permanecer sentada ou imóvel por muito tempo. Os sintomas presentes durante a ansiedade tendem a variar entre as pessoas.

**07.** “Os transtornos de ansiedade (neuroses), são perturbações funcionais psíquicas e somáticas apresentadas por indivíduos singularmente predispostos, desencadeadas por conflitos emocionais intrapsíquicos causados por vivências dolorosas do presente ou do passado, capazes de alterar, pelo sofrimento a essência da concepção do mundo e de si mesmo.”<sup>43</sup>

**08.** Os neuróticos são pessoas aparentemente normais, que não levantam suspeitas quanto à sua perturbação a não ser em crimes mais graves. O neurótico que pratica um delito, usualmente o faz da maneira que seria praticado por um criminoso comum, não levantando dúvidas quanto à sua sanidade. Muitas vezes não há nexos causal entre a patologia e a prática do delito.

**09.** Podem ocorrer algumas situações em que o juiz pode requerer uma perícia em um caso de crime praticado por neurótico. Um exemplo seria quando o transtorno mental é do tipo obsessivo-compulsivo, ou seja, o indivíduo não tem capacidade para inibir seus pensamentos delituosos. Dentre os atos mais comuns estão a *piromania*, a *cleptomania* e a *clastomania* (mania de quebrar ou rasgar coisas). Em regra o indivíduo entende o que está fazendo e entende o caráter criminoso de seu ato, porém, ele é parcialmente capaz de determinar-se conforme esse entendimento. Conseqüentemente a ele é geralmente atribuída a semi-imputabilidade.

---

<sup>43</sup> PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense, civil e penal**. – São Paulo: Atheneu Editora, 2003. p.546.



Excepcionalmente é atribuída a inimputabilidade a um neurótico, uma vez que os transtornos neuróticos, ainda que graves, não comprometem totalmente a capacidade de entendimento e de determinação.

**10.** Com relação ao problema da responsabilidade penal dos neuróticos, não há dificuldades na perícia; fora de suas crises não se lhes deve negar a capacidade de imputação, pois agem como pessoas normais, embora sejam afetivamente instáveis e sugestionáveis. As reações delituosas desses indivíduos, salvo no caso de exacerbação de seu estado psíquico no momento da ação, são imputáveis e eles devem estar sujeitos às sanções penais pertinentes. Esses indivíduos têm consciência de seus atos, são escrupulosos, comedidos, tímidos, porém devemos lembrar que estes padecem de certo defeito de inibição de seus atos.

**11.** Com relação aos atos cometidos durante os *estados de crise histérica*, há certa divergência na doutrina. “Alguns autores, como VERGER, presumem a irresponsabilidade de todos os delitos praticados nesse estado; outros, ao contrário, acham que os doentes recorrem ao desdobramento e a esses estados segundos como expediente procurado, e mais, que durante os mesmos a inconsciência não é completa”.<sup>44</sup>. O nosso juízo pericial deve orientar-se pela análise do ato delituoso e de suas circunstâncias.

**12.** As neuroses têm grande importância na psiquiatria forense civil. Aparecem com muita frequência nos casos em que se disputa o poder familiar, nas ações indenizatórias e de interdição e, com menos frequência, nas anulações de negócios jurídicos.

**13.** No caso do poder familiar, haverá problemas se a mãe ou o pai forem neuróticos e suas neuroses prejudicarem diretamente os cuidados indispensáveis ao menor. Neste

---

<sup>44</sup> GARCIA, José Alves. **Psicopatologia Forense**. 2.ed. Irmãos Pongetti Editores. Rio de Janeiro, 1958.

caso, o poder familiar não poderá ser exercido normalmente pelo genitor portador do transtorno de ansiedade.

14. Nas ações de interdição, embora não seja comum, costumam aparecer casos de neuróticos e, em regra, não cabe interdição, pois o neurótico é um indivíduo cujo comportamento peculiar fica limitado ao tema de sua neurose, tendo, por outro lado, a maioria das esferas mentais funcionando normalmente. O neurótico não rompe com a realidade, exceto em raríssimas exceções como, por exemplo, quando ocorrem quadros dissociativos. Por outro lado, quando as perturbações mentais são graves e estão a comprometer o patrimônio próprio e o dos herdeiros, como em certos casos de jogo patológico, então cabe a interdição relativa ao exercício de certos atos da vida civil.

15. Nas ações de anulação de negócio jurídico, anulação de testamento e anulação de casamento, se o perito deparar com neurose, o melhor a fazer é afirmar a plena capacidade psicológica para a realização do ato, visto que a neurose é uma perturbação da saúde mental que, via de regra, não altera o entendimento, mas somente a capacidade de autodeterminação em alguns casos e, mesmo assim, em circunstâncias específicas e não o tempo todo.

16. Raramente é requisitada a apreciação da capacidade civil ao perito em caso de neurose pura. Em geral, os neuróticos têm o domínio da ação civil e dificilmente lhes é negada a capacidade civil salvo em casos graves de embriaguez habitual.

17. A histeria e os estados obsessivos ansiosos graves podem justificar uma interdição, sobretudo em casos de indivíduos sujeitos a impulsos passionais ou sexuais, porém deve-se informar ou documentar a reabilitação, assim que as circunstâncias permitam.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Osvaldo Pereira de; DRACU, Luiz; LARANJEIRA, Ronaldo. **Manual de Psiquiatria**. Guanabara Koogan.

ARZENO FERRÃO, Y. e col. **Dermatotilexomania em estudantes de medicina: estudo piloto**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 21(2), p. 109, 1999.

BERGERET, Jean. **A Personalidade Normal e Patológica**.(trad. Maria Elísia Valliat Flores). 3.ed- Porto Alegre:ArtMed, 1998.

BRUNO, Aníbal. **Direito Penal**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1984. t.2.

CROCE, Delton; CROCE JR, Delton. **Manual de Medicina Legal**. 5.ed.- São Paulo: Saraiva, 2004.

DAMÁSIO , E. De Jesus. **Direito penal: parte geral**. 23.ed. São Paulo: Saraiva, 1999.v.1.

EY, H. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Masson,1981

FREUD, Sigmund. **Obras Completas. vol.1**.(trad. Luiz Lopes- Ballesteros y de Tórres). Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 1967.

\_\_\_\_\_. **O caso de Schreber**. Artigos sobre técnica e outros trabalhos.(trad. José Octavio de Aguiar Abreu. Imago Editora Ltda. Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_. **Estudos sobre a histeria**. Josef Breuer e Sigmund Freud. Imago Editora. Rio de Janeiro.

GARCIA, José Alves. **Psicopatologia Forense**. 2.ed. Irmãos Pongetti Editores. Rio de Janeiro, 1958.

HILGARD, Ernest R.. Atkinson, Richard. C. **Introdução à psicologia**. Ed. Nacional, 1976.

HUNGRIA, Nélon. **Comentários ao Código Penal**. Rio de Janeiro: Forense, 1949. v. 1.

KAPLAN, Harold I. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**-7.ed.-Porto Alegre: ArtMed,1997.

LEIRIA, Antonio José Fabrício. **Fundamentos da responsabilidade penal**. Rio de Janeiro: Forense, 1980

LINHARES, Marcello Jardim. **Responsabilidade Penal**. Tomo I. Rio de Janeiro, 1978.

MIRABETE, Julio Fabbrini. **Manual de Direito Penal**. 16.ed. v.1. São Paulo: Atlas, 2000.

PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense, civil e penal**. – São Paulo: Atheneu Editora, 2003.

PONTE, Antonio Carlos da. **Inimputabilidade e processo penal**. São Paulo: Atlas,2001.

STEKEL, W. **Actos impulsivos**. Buenos Aires: Inam, 1953