

O Conceito de Normalidade: Uma Perspectiva da Psiquiatria Forense^{a)}

The Concept of Normality: A Forensic Psychiatry Perspective

Bruno Trancas*[✉]

RESUMO

Introdução: O conceito da normalidade tem merecido investigação filosófica, antropológica, médica, psicológica, estatística, entre outras, escapando a uma definição única, linear, estática e universal. O patológico surge em diálogo com a normalidade, interessando este debate à psiquiatria forense (PF).

Objetivos: Perceber como a PF poderá ser chamada a ajudar a definir os limites e exceções (no Direito) a uma alegada “normalidade legal” e que tensões surgem nessa tarefa.

Métodos: Procedeu-se a revisão selectiva da literatura, centrada quer na literatura filosófico-jurídica quer na literatura de psiquiatria forense.

Resultados e Conclusões: Principiando por abordar tentativas de definição do normal, no âmbito da psiquiatria, através dos contributos de Alejandro Raitzin e de Daniel Offer e Melvin Sabshin, recomeçou-se esse esforço a partir do modelo do Homem implícito no Direito na perspectiva de Michael Moore: o comportamento humano é explicado pelo agir racional, autónomo, motivado por razões, caracterizado por intencionalidade e pressu-

pondo existência de agência. No pressuposto vigente no Direito de que todos os cidadãos maiores possuem esta “normalidade legal”, sendo-lhes atribuídos direitos, capacidades e responsabilidades, a PF poderá ser chamada a investigar os pressupostos científicos às exceções a esta aludida “normalidade legal” (e.g. internamento compulsivo, inimputabilidade, interdição/inabilitação). Nesta tarefa a PF debate-se com áreas de tensão, onde há disputa de fronteiras, que se modificam por natureza (o normal é um conceito dinâmico) mas também por influência de agentes. São exploradas diversas áreas de tensão e analisados os casos exemplificativos da perturbação da personalidade (e.g. juízo médicos sobre pressupostos para inimputabilidade e para internamento compulsivo) e o problema das nosologias fabricadas (e.g. a alegada síndrome de alienação parental). Neste contexto a PF navega por um canal estreito entre concepções nem sempre sobreponíveis de dois sistemas para os quais tem especial incumbência de colocar em diálogo (Medicina e Direito). As fronteiras da “normalidade legal” devem ser vigiadas com zelo e ética, evitando a eventual instrumentalização da PF, sem esquecer o papel humanista

* Serviço de Psiquiatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca; ✉ bruno.v.trancas@hff.min-saude.pt.

a) Baseado num trabalho apresentado oralmente no 7º Simpósio do Serviço de Psiquiatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE, que teve lugar a 10 e 11 de Março de 2017.

da medicina (e da psiquiatria) no cuidar e tratar das pessoas, sejam criminosos doentes ou doentes criminosos.

Palavras-Chave: Psiquiatria Forense; Normalidade; Direito; Fronteiras.

ABSTRACT

Background: *The concept of normality has eluded a single universal, static and linear definition, despite extensive investigation by such diverse areas of knowledge as philosophy, anthropology, medicine, psychology, statistics, among others. The pathological is in continuous dialogue with normality and, therefore, this debate is of interest to forensic psychiatry (FP).*

Aims: *To understand the role of FP in helping define the limits and exceptions (within Law) to a presumed “legal normality” and the tensions that arise in such task.*

Methods: *We undertook a selective literature review, focused on philosophy of law and forensic psychiatry.*

Results and Conclusions: *While beginning by recounting the efforts to define normal within the field of psychiatry, through the works of Alejandro Raitzin, Daniel Offer and Melvin Sabshin, we restart again from the implicit model of Man in the Law according to Michael Moore: human behavior is explained by practical reasoning, with autonomy, motivated by reasons and having intentionality and agency. Inasmuch Law presumes that all adult citizens have this “legal normality”, therefore possessing rights, capacity and responsibility, FP may be called upon investi-*

gate the scientific reasons to exceptions to this so-called “legal normality” (e.g. involuntary admission, not guilty by reason of insanity, interdição/inabilitação [concepts similar to limited and general guardianship]). In doing so, FP will struggle with areas of tension, where border disputes exist, whether because it’s in their nature (normality is a dynamic concept) but also because the influence of other agents. In this presentation several areas of tension are explored, with detailed analysis of the problems of personality disorders (e.g. involuntary admission, not guilty by reason of insanity) and the problem of fabricated nosology (e.g. the so called parental alienation syndrome). In this effort, FP navigates in a tight canal between two systems (not always overlapping) for which it has the task of establishing a fruitful dialogue (Law and Medicine). The frontiers of “legal normality” must be watched zealously, with an ethical stance, avoiding FP instrumentalization without letting go of the humanist role of medicine (and psychiatry) in caring for people, be they sick criminals or criminal patients.

Key-Words: Forensic Psychiatry; Normality; Law; Frontiers.

INTRODUÇÃO E OBJECTIVOS

A presente comunicação, enquadrada que está numa mesa dedicada ao *conceito da normalidade*, e não querendo correr o risco de sobreposição com as restantes comunicações (que partem de perspectivas epidemiológico-estatística e psicopatológica) pretende fornecer uma discussão *sobre como se poderá definir uma “normalidade” (ou sua restrição) re-*

sultante da interacção entre os paradigmas do Direito e da Psiquiatria Forense. Ou, dito de outra forma, como poderá a psiquiatria forense ser chamada a participar na definição e modificação da normalidade naquilo que interessa ao Direito (chamemos-lhe a pessoa “legalmente normal”) e que desafios e tensões surgem nesse processo.

Para esse efeito, e por forma a construir uma narrativa minimamente lógica desta intersecção do ponto de vista médico-legal, será necessário começar pela sua base, i.e., pelo “modelo de pessoa” – e, a partir dele, o modelo do que chamaríamos então “pessoa normal” – traduzida para fins meramente expositivos (sem nos arrogarmos a qualquer rigorosa ou sequer segura correspondência jurídica) – no conceito de pessoa “legalmente normal”, que exploraremos na medida em que for desafiado. De seguida, exploraremos o papel da psiquiatria forense no desafio a esta pessoa “legalmente normal” e identificaremos algumas áreas de tensão nesse desafio.

MÉTODOS

Procedeu-se a revisão selectiva da literatura, centrada quer na literatura filosófico-jurídica quer na literatura de âmbito da psiquiatria forense.

RESULTADOS

1. O Homem Normal: Vastidão Conceptual e de Conhecimento

A problemática da definição do Homem Normal é vasta e escapa ao objectivo estrito do presente trabalho. Tem tido sido objecto de estudo de extensa pesquisa filosófica, antropo-

lógica, médica, psicológica, estatística, entre muitas outras disciplinas, sem que se consiga almejar – em nosso entender – qualquer resposta definitiva. Suspeitamos que tal está relacionado não só com a riqueza dimensional do Homem, mas, também, com dificuldades relacionadas com o próprio questionamento do que será o Homem Normal. Dentro destes campos de exploração trazemos dois contributos oriundos da psiquiatria, para contextualização da complexidade e problemáticas deste questionamento.

Alejandro Raitzin, eminente psiquiatra forense argentino, publicou em 1937 uma obra ampla e profícua intitulada “O Homem Normal: esse outro desconhecido” onde delineava um conjunto de critérios e dimensões pelas quais se poderia ajuizar da normalidade de uma pessoa¹. (ver Quadro I). A pluralidade das perspectivas certifica a complexidade do problema e as suas limitações pré-conceptuais.

Quadro I. Critérios Principais para Juízo de Normalidade (segundo Alejandro Raitzin¹).

Antropológico ou específico
Anátomo-fisiológico ou de correlação somato-psíquica
Estatístico, demográfico ou de maior frequência
Biométrico ou do termo médio
Normativo, estimativo ou axiológico
Clínico ou indirecto
Constitucionalista ou estrutural
Tipológico ou taxionómico
Psicanalítico
Sociológico ou estudo da população
Étnico e racial
Criminológico e penal
Médico-Legal
Psicológico ou normativo natural
Ontológico ou apriorístico
Racional, lógico ou pragmático

Também Daniel Offer e Melvin Sabshin, psiquiatras, dedicaram parte da sua vida como investigadores ao estudo do comportamento humano normal, disciplina a que deram o nome de *normatologia*, que incluiria todo o conhecimento disponível das ciências biológicas, psicológicas e sociais sobre a normalidade, o comportamento e desenvolvimento nor-

mais². Contribuíram – nesse esforço – para a exploração dos problemas conceptuais e dificuldades metodológicas que esse exercício abarcava, aproximando-se da psicopatologia não a partir do domínio da doença (até esta se cruzar com o saudável) mas seguindo um sentido diferente, definindo primeiro a normalidade (ver Quadro II).

Quadro II. Perspectivas Teóricas da Normalidade (segundo Offer e Sabshin²).

Normalidade como Saúde (modelo de ausência de patologia): normalidade equiparada a saúde e saúde vista como fenómeno quase universal. Modelo mais útil na medicina.

Normalidade como Utopia: o estado de saúde como o ideal utópico de funcionamento que poucos atingem. Modelo implicitamente favorecido pela perspectiva psicanalítica.

Normalidade como Média: o comportamento é analisado estatisticamente para cada cultura e grupo étnico e a normalidade é definida como o comportamento que é maioritariamente observado. Modelo útil nos estudos empíricos de normalidade e saúde, percebido como menos carregado de preconceito.

Normalidade como Sistemas Transaccionais: normalidade como resultado da adaptação e modificação do indivíduo como parte de um sistema social que muda ao longo do tempo. Normalidade como resultado de sistemas que interagem (social, biológico, psicológico...) longitudinalmente, com adaptação.

Normalidade como Pragmatismo: a normalidade como o conjunto de situações que *não traz* os doentes ao médico para serem tratados. É dotada de elevada variância, de acordo com cada sociedade.

Estes dois exemplos de abordagem do Homem Normal são meramente indicativos da vastidão e riqueza do conhecimento e das perspectivas que um estudo sobre este tema obrigaria. No presente trabalho, contudo, pretendemos focar-nos no conceito da pessoa “legalmente normal” e de como a psiquiatria forense pode ser chamada a ajudar na sua definição.

2. O Conceito da Pessoa Dita “Legalmente Normal”

Para falar do conceito de normalidade, aplicada à pessoa, é necessário (ou pelo menos útil) partir de um “modelo da pessoa”. Na Medicina e o no Direito os modelos de pessoa são geral-

mente considerados implícitos e tácitos.³ Por terem objectivos e metodologias diferentes não é surpreendente que o modelo do Homem no Direito seja diferente do da Medicina (especificamente psiquiatria).³ O direito é geralmente binário ou dicotómico, adversarial (variável consoante o tipo de ordenamento jurídico) e explicitamente imbuído de um sistema de valores³. Na psiquiatria o diagnóstico é com frequência probabilístico, admitindo revisão contínua, sendo o médico instado a abandonar o modelo dualístico corpo-mente, “abraçando modelos circulares de causalidade e de pluralismo explicativo”⁴. Na medicina o Homem é muitas vezes visto na perspectiva da

saúde e da doença e, na psiquiatria, a realização e florescimento pessoal é com frequência equiparada a boa saúde mental⁵. No Direito, o Homem é com frequência definido em relação à sua capacidade mental e à capacidade para lhe ser atribuída responsabilidade (criminal e civil)³.

Para se perceber como a Psiquiatria Forense poderá perturbar os limites (no Direito) da pessoa dita “legalmente normal” é importante perceber como, no modelo do Homem implicitamente vigente no Direito, as acções humanas ocorrem e são explicadas. Dentro de vários modelos seguramente possíveis, optámos por nos deter no modelo definido pelo professor de Direito e Filosofia de Direito, Michael Moore⁵. De forma muito simplista, podemos encontrar duas maneiras para explicar os comportamentos de uma pessoa, tentando responder à questão: “*Porque é que ela fez aquilo?*”. Uma primeira explicação faz recurso às intenções, desejos e crenças do agente do comportamento. “*Ela fez aquilo porque admirava bastante o seu amigo*”. Aqui, fazendo uso de estados subjectivos, a acção humana é definida (e explicada) pelas intenções, desejos, escolhas e crenças do agente. Uma segunda explicação faz uso das leis naturais do universo: todos os níveis de explicação (dos neurotransmissores às forças sociais) são explicadas e reduzidas a leis naturais. Nesta perspectiva, as intenções e desejos são apenas epifenómenos e não causas genuínas dos comportamentos. A acção humana, nesta perspectiva, é indistinguível de quaisquer outros fenómenos (e.g. comportamentos de outras de partículas)².

Para alguns autores, a psiquiatria e a psicologia navegam num campo difícil entre estes

dois modos de explicação⁶. Encontramos uma plethora de modelos (com os seus respectivos pressupostos) que dedicam ao estudo do funcionamento mental (modelos psicodinâmicos, cognitivos, comportamentais, existenciais...) ou da sua relação com o cérebro (e.g. neurociências), que abrangem modelos com uma natureza explicativa mais naturalista (e.g. um tumor frontal explica a desinibição sexual) e outros com que fazem recurso a estados de subjectivos geradores de acção (i.e. “*reason-giving*”): “Eu cortei-me porque não aguentava a dor e o vazio”. No Direito, contudo, o modo de explicação repousa maioritariamente neste último modo de explicação: a acção humana é definida pelas intenções, desejos e crenças do agente. Este modelo, um possível entre vários da Filosofia do Direito, procura inspiração na teoria da *razão prática* Aristotélica, focando-se no papel nas razões na narrativa das acções (“*reason-giving accounts*”)². Inexistindo no Direito critérios ou definições explícitas para normalidade (e sua perturbação), este contém em si, de forma implícita, a assunção de *razão prática* como o fundamento da pessoa dita “legalmente normal”: a pessoa (por defeito) é dotada de *razão prática*². Nigel Eastman, falando igualmente sobre o modelo legal do Homem, refere que aquele se define pela sua *intencionalidade*, num modelo quase só cognitivo, pressupondo existência de *agência* (livre arbítrio).³ Estas duas visões são pelo menos parcialmente sobreponíveis.

Assim, nas palavras de Michael Moore, no Direito: “*O tipo de explicação para o comportamento humano [...] é o que surge em termos de acção, intenção e razões [motivos]*. O Direito não é neutro entre as várias maneiras como

o comportamento humano pode ser descrito e explicado. É construído, à semelhança da moral, à volta da psicologia do senso comum, capturada pela noção do agir-por-razões.”⁵.

É relevante clarificar, contudo, que a razão para a acção contém dois pressupostos fundamentais: os *desejos do agente* (objectivos, crenças, vontade, desejos...) e as *crenças factuais do agente* sobre a sua situação e sobre a sua capacidade para atingir – através de uma acção – o objecto do seu desejo⁵. Segundo Moore, as razões para a acção simultaneamente tornam-na racional e explicam-na causalmente⁵. A racionalização decorre porque é possível compreender empaticamente que um indivíduo, com um conjunto específico de desejos e crenças sobre a sua situação e possibilidade de acção, toma-a para atingir um fim, que é inteligível para as pessoas da sua cultura. Um observador não tem de concordar com a acção, mas ela é compreensível⁵. Assim, no Direito, e referindo-se ao conceito de pessoa, Moore define que são as entidades capazes de *razão prática* (i.e. *practically-reasoning agents*) a quem se pode atribuir responsabilidade e direitos⁵. O debate filosófico entre determinismo (entendido aqui como causa universal) e a responsabilidade pode gerar confusões, por uma aludida incompatibilidade entre determinismo e livre arbítrio. O Direito escapa a esse debate: não exige ao indivíduo – para cumprir critérios de “normalidade legal” e lhe ser atribuída responsabilidade – a presença (total ou parcial) de causalidade: requer apenas a *acção racional movida por razões*². Segundo Michael Moore, a perspectiva legal da pessoa atribui-lhe *responsabilidade* (nos seus variados sentidos) e *direitos* no pres-

suposto de se tratarem de agentes *racionais* e *autónomos*, sendo estas concretizadas na *acção movida por razões*. Isto é, o comportamento humano é explicado *pelo agir racional, autónomo, motivado por razões*⁵.

Importa, pois, esclarecer o conceito de “racionalidade” para este autor. A *racionalidade* do *desejo / objectivos* (i.e. agir de acordo com desejos ou crenças) pressupõe ainda que o fim a atingir seja *inteligível* e que a crença de que a acção é um meio para atingir esse fim é também racional.

- a) *Inteligibilidade*: a razão que motiva o comportamento deve ser uma que é inteligível e que uma pessoa poderia ter. Alguns fins são tão remotos ou bizarros que escapam a esta inteligibilidade, apesar de possuímos (pela compreensão empática) uma grande capacidade para o tentar fazer. Assim, o Direito assume que agimos por razões inteligíveis.
- b) *Consistência*: refere-se à ausência de *conflito necessário* entre desejos / vontades (e.g. desejar simultaneamente e com a mesma intensidade ajudar um terceiro e não o ajudar seria considerado irracional). A existência de conflitos de desejo / vontade não é impeditivo de consistência, desde que o indivíduo consiga – num vector resultante do somatório de vontades – responder à questão “o que é que eu quero mais?”. O Direito assume que, independentemente de conflitos iniciais, a pessoa resolveu-os, integrando-os num vector definido de vontades / intenções.
- c) *Transitividade*: refere-se à existência de uma ordem de preferências ordenadas.

d) *Consistência e Transitividade ao longo do tempo*: refere-se à manutenção (relativa) ao longo do tempo da consistência e ordenação transitiva dos desejos / vontades, assumindo o Direito que a pessoa tem uma estrutura que se projecta no tempo e é relativamente estável. A noção de promessa (vincular um futuro *self* a uma promessa feita agora) bem como atribuir responsabilidade agora a algo que foi feito no passado exige uma noção de continuidade.

e) *Correcção ou Rectidão (moral)*: neste sentido, agir racionalmente refere-se a agir de acordo com um desejo que é recto ou moralmente verdadeiro. Embora este requisito não seja universal, está com frequência presente nos sistemas legais, sendo que tipicamente não é exigido que as acções – para serem racionais - sejam movidas por desejos moralmente correctos, mas que a pessoa tenha essa capacidade. Esse requisito limitado (e não absoluto) é perscrutável nos conceitos de negligência ou fazer um mal menor (para evitar um maior). Em todo o caso, o Direito pressupõe que as pessoas, por serem pessoas, são racionais para poderem usar a sua liberdade para encontrar o bem, inexistindo qualquer teoria sobre que fins motivam os agentes.

Alves Trindade sublinha ainda o aspecto da temporalidade na acção humana⁷. Assim, com poucas excepções, a acção do ser humano é uma “expressão da razão prática”, ligada de forma racional ao futuro. Este “pensamento narrativo” ou “temporal” constitui-se, adianta, como a “expressão da consciência humana da continuidade do ser”⁷. Desta forma, focando-se no cerne da sua tese, “os estados sub-

jectivos” surgem como razão explicativa para comportamentos passados e como indicativos de comportamentos futuros. Este aspecto assemelha-se à característica de *consistência e transitividade ao longo do tempo* mencionada por Moore.

À semelhança dos *desejos / objectivos*, Moore define também critérios de *racionalidade* para as *crenças* (sobre o mundo, sobre a sua situação, sobre a capacidade da sua acção para atingir o objectivo). Estes critérios aplicam-se à segunda parte dos critérios da razão prática e nalgumas jurisdições é suposto que existam nas pessoas:

a) *Inteligibilidade*: aplicada às crenças, refere-se à incoerência ou inconsistência com as crenças comuns / dominantes da sociedade.

b) *Consistência*: refere-se à ausência de contradição no objecto proposicional da crença. As diversas crenças factuais devem ser compatíveis umas com as outras.

c) *Coerência*: as crenças integram-se sem conflito significativo nas outras crenças que a pessoa tem. Muitas vezes implícito no conceito de negligência.

d) *Consistência e Coerência ao longo do tempo*: o Direito requer alguma continuidade ao longo do tempo da consistência e coerência das crenças factuais, contribuindo também para a definição do “carácter”. Quanta continuidade é necessária é um assunto sem resposta clara.

e) *Verdade*: à semelhança dos desejos, a crença é tão mais racional quando incluir crenças verdadeiras (i.e. as que um agente ideal racional teria se tivesse toda a informação).

O Direito não assume que as pessoas só têm crenças verdadeiras (podem ser crenças erradas, à semelhança de desejos imorais ou incorrectos). Contudo, está implícito que todas as pessoas têm a capacidade para terem crenças verdadeiras; só assim podem ser responsabilizadas por acções baseadas nas crenças.

Moore fala ainda de uma *racionalidade das emoções*, embora discorra pouco sobre estas, tentando aplicar-lhe os mesmos requisitos que à racionalidade dos desejos e das crenças.

Socorremo-nos ainda da obra de Alves Trindade para atestar a importância que os “estados subjetivos” (onde se incluem estados emocionais, desejos, intenções) têm no edifício legislativo português, debruçando-se a autora sobre a problemática da sua prova no processo civil⁷. Citamos, a título de exemplo, as menções explícitas da “perturbação ou medo” (na justificação da legítima defesa; n.º 2 do art.º 337º CC), a *intenção* de enganar (art.º 240º CC) ou, ainda, o “receio de um mal” (no âmbito da coacção moral, art.º 255 CC). Naturalmente que a problemática da prova e do tipo de raciocínio judicial, fazendo uso de redes posicionais, do cumprimento de regras de coerência e da lógica, das regras da experiência, entre outros, excedem de sobremaneira a temática da presente exposição e a competência do autor, pelo que não serão abordadas.

Um outro aspecto fundamental da visão da pessoa no Direito é a sua *autonomia*. As pessoas têm vontade ou *agência* causal que lhes permite levar a cabo as acções no mundo e, por essa via, mudar o mundo em seu redor, seja de maneiras que não estavam previstas seja de forma intencional. Esta *agência cau-*

sal não é só restrita ao seu corpo, mas emana dele para o mundo⁵. Assim, *o Direito vê as pessoas como agindo-por-razões (dotados de razão prática), de forma razoavelmente consistente e racional*. Presume - regra geral - a existência de uma dita “normalidade legal”, i.e., que as pessoas exibem o mínimo para *o agir racional movido por razões* por forma a funcionarem adequadamente no seu contexto e serem capazes de lhes ser atribuída responsabilidade.

Esta “normalidade legal” é variável consoante os contextos. Uma puérpera que tenha cometido neonaticídio movida por ideias delirantes pode não ter capacidade para ser responsabilizada (incapaz de culpa) mas ser capaz para gerir as suas finanças². Quando há *irracionalidade* (cf. Moore) no comportamento – em condições inevitáveis pelo próprio – é que há lugar a redução da normalidade legal². É claro que esta última afirmação é sobretudo aplicada ao direito criminal. Como veremos, diversas situações existem em que não há esta corrupção da *racionalidade* (cf. Morre) e há diminuição da dita “normalidade legal”.

Nalguns contextos, em termos gerais, o Direito pode considerar que uma pessoa que não se comporta de forma compatível com os princípios acima enumerados poderá, ainda assim, ser considerada “legalmente normal” se fosse capaz de comportar de forma suficientemente racional². Um exemplo evidente é o referente à *actio libera in causa* (por exemplo, quando uma pessoa, sabendo, se coloca num estado de inimputabilidade para um dado facto delituoso; e.g. comissão de um acto ilícito enquanto sujeito a intoxicação alcoólica). Assim, não basta a mera existência de *irracionalidade*

(Cf. Moore): é aquela que não pode ser evitada é que pode ser considerada para eventual exclusão de culpa ou responsabilidade (de uma perspectiva criminal ou cível).

3. Quem é “Legalmente Normal”? - A Presunção de Normalidade

O Direito (de uma forma geral e na perspectiva de um não jurista) assume um *pressuposto de “normalidade legal” para todas as pessoas em todos os contextos*, i.e., todas os cidadãos gozam da sua plenitude a titularidade dos seus direitos fundamentais (e responsabilidades). Nestas pessoas com “normalidade legal” (presumindo-se que são todas) o comportamento humano é explicado *pelo agir racional, autónomo, motivado por razões*, caracterizado por *intencionalidade* e pressupondo existência de *agência* (livre arbítrio).^{3,5} Esta “normalidade legal” permitirá atribuir ao sujeito capacidades, direitos e responsabilidades. Existem exceções a esta “normalidade legal”, como por exemplo as exceções em razão da idade (inimputabilidade criminal para menores de 16 anos, cf. art.º 19º do CP). Outras exceções a esta dita “normalidade legal” existem nos vários domínios do Direito, incluindo exceções em razão de anomalia psíquica. Sublinha-se, contudo, que uma larga proporção das pessoas com anomalia psíquica não se vê privada da “normalidade legal”: apenas numa pequena porção é que a anomalia psíquica pode contribuir para essa constrição. Sublinha-se que o estatuto desta dita “normalidade legal” é um conceito do Direito (concretizado de formas diferentes nas variadas jurisdições), é um conceito normativo, dependente do contexto e bastante relevante social, política e

moralmente. E quanto a nós, esta não é uma questão clínica, mas de Direito.

4. A Psiquiatria Forense como Instrumento

Poder-se-á utilizar a psiquiatria forense *para certificar a “normalidade legal”*? Ou, dito de outra maneira, medicamente declarar tratar-se de um examinando *normal*? Alejandro Raitzin, psiquiatra forense argentino, defende na sua obra de 1937 que efectivamente se poderá proceder a uma perícia sobre a normalidade mental¹. Não se trataria aqui de afirmar ou descartar existência de patologia (ou de saúde, que em medicina é aparentada à normalidade), mas sim afirmar existência de normalidade mental. Admitindo que na prática se recorre ao raciocínio pela anomalia (existência ou não de patologia) e que tal bastará na maioria dos casos, este autor não deixa de sublinhar que se trata de um “método clínico (...) particularmente cómodo e prático”, ainda que “insuficiente e essencialmente falso” (sic). Para a sua realização, esta perícia teria que incluir “não só a técnica e as noções próprias da clínica, como todas aquelas mais complexas (...)” onde se incluem “as perspectivas psicológicas, antropológicas, sociais, filosóficas...”, com especial enfoque numa “exploração intensiva da personalidade”, realçando o especial papel da psicologia neste esforço. Admitindo que “é mais difícil dizer quando um homem é são ou normal, do que enfermo ou anormal” (sic), confessa que esta tarefa é requerida pela “pragmática realidade jurídica e social” [necessariamente locais e coevas, acrescentaríamos nós] e que o

perito deverá redobrar os seus esforços nestas respostas, dado o valor probatório.

No nosso contexto, contudo, e como havíamos já abordado, o Direito presume a existência da dita “normalidade legal”, requerendo – no que à psiquiatria forense diz respeito – a existência de anomalia psíquica para restringir o leque de capacidades, direitos e a todos atribuídos. As exceções à “normalidade legal” em razão de anomalia psíquica devem ser cuidadosamente investigadas e certificadas precisamente pela Psiquiatria Forense que se assume aqui, nas palavras de Pedro Polónio, como uma “ciência auxiliar do direito”⁸. Ainda que exceda o âmbito desta comunicação, é seguro que à psiquiatria não compete apenas a identificação da *irracionalidade* concretizada na perturbação mental (ver acima, cf. Moore), mas também um acção profilática e terapêutica. Recordamos aqui as palavras de Sobral Cid (1877-1941), inscritas na sua obra “Psicopatologia Criminal”: “*O crime dos alienados ou anormais é numa larga medida evitável desde que haja um assistência psiquiátrica bem organizada em todas as suas modalidades: clínica, asilar e social*”⁹.

Por outro lado, é importante clarificar que a mera existência de patologia não perturba necessariamente as condições de “normalidade legal”. À psiquiatria forense cabe a tarefa de perceber – usando os conhecimentos da sua área técnica – como poderá a patologia interferir com os conceitos explícitos no Direito, mas também – se relevante – pronunciar-se sobre os pressupostos implícitos. Sobre estes tomamos como exemplo a perda de conexão compreensível de sentidos num doente

com esquizofrenia, visto pelo prisma de Karl Jaspers, que encontra observações muito semelhantes nos pressupostos para inimputabilidade segundo a informada opinião de Jorge Figueiredo Dias no seu tratado de Direito Penal e, também, se poderão ler pressupostos implícitos semelhantes no modelo de Michael Moore para o modelo de Homem no Direito (normal)^{5,10,11}. Estes pontos de contacto, seguramente não fortuitos, permitem não só ter esperança numa comunicação mais eficaz entre os diversos agentes como exigir de todos que esta ocorra, apesar das diferenças fundamentais entre as diferentes disciplinas.

Existe uma miríade de situações em que a Psiquiatria Forense poderá ser chamada para investigar e fornecer os pressupostos científicos às exceções a esta aludida “normalidade legal”. O foco deste trabalho centra-se no papel da Psiquiatria Forense na determinação de pressupostos que venham a determinar uma coartação à “normalidade legal” em virtude da anomalia psíquica (que, como dissemos, ocorrerá apenas numa pequeníssima porção das pessoas com anomalia psíquica). Apresentamos em seguida uma lista (meramente exemplificativa, não exaustiva) das possibilidades da coartação à dita “normalidade legal” em razão de anomalia psíquica:

- Lei de Saúde Mental e o direito a aceitar ou recusar tratamento
- Código Civil - Artigo 488.º Imputabilidade Civil. 1. Não responde pelas consequências do facto danoso quem, no momento em que o facto ocorreu, estava, por qualquer causa, incapacitado de entender ou querer, salvo se o agente se colocou culposamente nesse estado, sendo este transitório.

2. Presume-se falta de imputabilidade nos menores de sete anos e nos interditos por anomalia psíquica.

- A anomalia psíquica e a “capacidade para estar em juízo”: a eventual incapacidade – por anomalia psíquica presente à data do facto ou sobrevinda – para ser capaz de “representar racionalmente os seus interesses, exercer os seus direitos e de conduzir a sua defesa de forma inteligente e inteligível”¹².
- A anomalia psíquica e a capacidade para culpa (inimputabilidade penal): a eventual determinação de inimputabilidade penal em função de uma anomalia psíquica (cf. art.º 20º do CP, art.º 159 CPP e ainda o art.º 351 do CPP). A este propósito referimos o trabalho de Marques Alves, sublinhando que a pessoa afectada de perturbação mental, mesmo que grave, tem direito a ser reconhecida como “pessoa, centro de imputação de direitos e de deveres e titular de relações jurídicas, em condições de igualdade com os restantes cidadãos”¹³.
- A anulação de negócios em virtude de incapacidade acidental (cf. art.º 257 do CC e seguintes), que inclui de forma implícita a anomalia psíquica: devido a “qualquer causa, se encontrava acidentalmente incapacitado de entender o sentido dela ou não tinha o livre exercício da sua vontade”.
- A interdição (art.º 138 CC) e a inabilitação (art.º 152º CC), conjugados com o disposto no art.º 898 do CPC (exame pericial).
- A eventual incapacidade para testemunhar nos menores de 18 anos em crimes

contra a liberdade e autodeterminação sexual (cf. art.º 131 CPP).

- A eventual incapacidade para testar ou doar (2189.º do CC e 948.º do CC).
- O eventual impacto de anomalia psíquica no exercício das responsabilidades parentais (cf. art.º 52º da Lei n.º 141/2015, de 8 de setembro).

5. Alguns Desafios à “Normalidade Legal” em que a Psiquiatria Forense se pode Envolver

Tendo-se estabelecido um modelo – seguramente debatível e apenas exemplificativo – do que seria a pessoa dita “legalmente normal” (em termos abstratos) e do papel que a Psiquiatria Forense apresenta na identificação das exceções a essa normalidade em razão de anomalia psíquica (um mapeamento das *fronteiras*, das *coartações*), propomo-nos agora a abordar algumas áreas onde o trabalho da psiquiatria forense é feito não raras vezes com *tensão* dos seus agentes. Em certa medida, estas áreas de tensão, de que apresentamos alguns exemplos, de forma tímida, poderão corresponder a *limites da normalidade legal onde há disputa de fronteiras*, seja pela evolução da ciência, pela modificação do Direito ou por forças externas com interesse (ver Quadro III).

Onde termina a expressão natural e única do indivíduo, numa concretização contínua da sua personalidade e começa a perturbação mental ou psicológica com relevância forense? Que implicações existem para a “normalidade legal” se as perturbações da personalidade se vierem a constituir como doenças propriamente ditas? Que impactos no seu tratamento

e na relação com o Direito? Como manter uma vigilância crítica sobre as novas nosologias, em particular aquelas que apresentam uma relevância forense (e.g. o exemplo da alegada epidemia de memórias reprimidas de abuso sexual reveladas na idade adulta em processos de psicoterapia, não raramente conduzindo a processos criminais e do movimento contrário, que as pretendeu descredibilizar, com a construção da designada síndrome de falsas memórias)?¹⁴ Outras áreas relevantes incluem a perturbação pedofílica e algumas perturbações do hábito e do impulso (e.g. cleptomania, piromania) onde a defesa em tribunal alegando “impulso irresistível”, aliada à investigação das neurociências faz merecer uma reflexão não só sobre as estratégias de tratamento que podem (e deviam) ser aplicadas e pode fazer

surgir um debate, pelo menos nalguns casos, sobre a gradação do controlo efectivo sobre o comportamento impulsivo, isto independentemente das medidas judiciais decorrentes da censurabilidade do acto e da redução perigo para terceiros.¹⁵⁻¹⁷ Por fim, um outro exemplo, a questão da *competência* cultural e *psicopatológica* dos psiquiatras e como esse factor pode ser determinante na expansão ou redução das fronteiras da “normalidade legal”: serão as ideias do doente de natureza *delirante* e as acções deste condicionadas pela patologia que perturba a mundivisão? Ou apenas ideias sobrevalorizadas (podendo ser extremas e radicais) e que até podem existir em subculturas marginais e, logo, surgindo as acções de forma não condicionadas por patologia? O caso protótipo é o de Anders Breivik¹⁸.

Quadro III. Exemplos de Áreas de Tensão: fronteiras e limites da dita “normalidade legal” em razão de anomalia psíquica.

Área	Tensão nas Fronteiras da “Normalidade Legal”
Perturbações da personalidade	O seu lugar na nosologia; doença ou feito ou ambos?; juízos médicos sobre pressupostos para (in)imputabilidade, para internamento ou tratamento coercivo;
Nosologias fabricadas ou duvidosas com relevância na litigância	A introdução de fenómenos não médicos (ou de duvidosa admissibilidade) na esfera da ciência médica e do psiquiatra com relevância na litigância (e.g. a síndrome de alienação parental; a síndrome de falsas memórias e memórias reprimidas em abuso sexual);
Internamento Compulsivo	Perigosidade elevada em anomalia psíquica <i>não grave?</i> (limites da acção); o exemplo das personalidades perturbadas;
Perturbações parafílicas	E.g. perturbação pedofílica como uma anomalia psíquica <i>bona fide</i> . Pressupostos para diminuição da responsabilidade criminal? Perigosidade mantida (justifica medidas de segurança?)
Perturbações hábito e impulso	E.g. cleptomania ou piromania; capacidade para resistir ao impulso; pressupostos para diminuição da responsabilidade criminal?
Aspectos culturais do comportamento e do ilícito	Ideias delirantes <i>versus</i> ideias sobrevalorizadas <i>versus</i> ideias sobrevalorizadas extremas (e.g. Anders Breivik); o impacto de elementos culturais na extensão da compreensibilidade dos fenómenos psíquicos numa avaliação do pensamento e comportamento perturbado;

Por razões de economia de tempo e temendo já não cumprir aquele que me foi atribuído, centrar-nos-emos em dois destes exemplos: a problemática das perturbações da personalidade (e as consequências forenses da sua natureza, incluindo imputabilidade e internamento compulsivo) e, se tempo ainda restar, uma incursão sobre a designada síndrome de alienação parental.

6. O Problema das Perturbações da Personalidade

Se não parece existir dificuldade na atribuição do epíteto de doenças mentais propriamente ditas às perturbações ditas somatogénicas ou endógenas, com a subsequente valorização no Direito, o mesmo não tem sido tão evidente nas perturbações cujos sintomas são geralmente excessos ou extremos de comportamentos observados na normalidade, como é o caso das perturbações da personalidade¹⁹. No âmbito *perturbação da racionalidade*, entendida como uma corrupção da *razão prática* acima aludida^{5,7}, encontramos o trabalho de Elliot e Guillet²⁰, que nos oferece uma perspectiva diferente sobre o enquadramento dos psicopatas, admitindo que os psicopatas têm um defeito na sua estrutura moral mas, também, um *defeito na razão prática*. Tendo em conta as restantes apresentações desta mesa, centrar-nos-emos nas *implicações forenses* que as decisões que a esses níveis podem acarretar: a) riscos e ganhos na atribuição da natureza de doença às perturbações da personalidade; b) prejuízo da imputabilidade em pessoas com personalidades perturbadas; c) a sujeição ao tratamento coercivo. Contudo, importante antes verificar de que forma as perturbações da

personalidade se relacionam com o conceito de “anomalia psíquica”.

6.1. A Posição das Perturbações da Personalidade em Relação ao Conceito de Anomalia Psíquica

Para percebermos a posição das perturbações da personalidade em relação ao conceito de “anomalia psíquica” é fundamental tentar primeiro esclarecer em que consiste este. Ora, desde já se adianta anomalia psíquica é um conceito normativo, de natureza jurídica, a que não corresponde um qualquer conceito técnico psicopatológico²¹. Não encontramos no Direito, contudo, uma definição concreta do que consiste uma *anomalia psíquica*. Talvez um das poucas exceções a esta indefinição absoluta é a Lei de Saúde Mental, logo no seu n.º 1: “A presente lei estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, *designadamente* das pessoas com doença mental”²². A introdução do termo “designadamente” é interpretada como validando que o conceito de anomalia psíquica será mais amplo que o conceito de doença mental (propriamente dita), como veremos²³. Pedro Soares de Albergaria, na sua obra e comentário dedicado à Lei de Saúde Mental, discorre sobre o conceito de *anomalia psíquica*²³. Justifica-se a utilização do termo por: a) questões de tradição no ordenamento jurídico (utilizando na constituição, no código penal, processual penal, civil); b) “evitar a cristalização do conceito em determinado do estágio da evolução da ciência psiquiátrica” (i.e. que se possa adaptar facilmente à evolução nosológica e científica; c) evitar o “compromisso”

com determinada escola de pensamento (reconhecendo a pluraridade de correntes dentro da psiquiatria); d) ser suficientemente ampla para cobrir um “vasto de leque de entidades psicopatológicas”, não se esgotando nas “doenças mentais strictu sensu” (e.g. esquizofrenia, perturbação bipolar) podendo mesmo abranger “as neuroses” e as “transtornos antisociais da personalidade”²³. Em sentido globalmente semelhante, seja na sua utilidade seja na sua abrangência, estão as considerações de Vieira e Latas, sublinhando, contudo, que repousará no médico psiquiatra a decisão sobre a inclusão de uma determinada perturbação dentro do conceito de anomalia psíquica²⁴.

Diversas vantagens existem, portanto, para a utilização deste conceito indefinido, tornando o ordenamento jurídico mais imune a mudanças constantes nos sistemas classificativos e na evolução da ciência. Uma outra vantagem do termo “anomalia psíquica” é que nenhum diagnóstico, por si só, seria razão suficiente para certificar a incapacidades ou restrições à “normalidade”.

O propósito da sua inclusão no Código Penal, pela mão de Eduardo Correia (1963), era evitar as “controvérsias” que a utilização de outros conceitos – como o de “doença psíquica” gerava, pretendendo afastar-se conceitos “médico-jurídicos”, sem equivalência científica na medicina ou no direito, geradores de dificuldades²¹. A escolha desta designação pretendia, segundo Curado Neves, fazer uma opção por um termo neutro que pudesse designar *doença mental* mas também *outras anomalias*. Segundo este autor, Eduardo Correia pretendia “deixar a questão em aberto”, nomeadamente

distanciando-se dos conflitos então em curso entre várias correntes psiquiátricas, na qual se destacava o forte papel de Kurt Schneider.²¹ Na mesma obra, Curado Neves discorre sobre o pensamento de Kurt Schneider, sublinhando que este defendia que – para efeitos forenses – só as “perturbações de origem corpórea podem ser consideradas doentias” ou, por outras palavras “*que só as doenças mentais propriamente ditas podem levar à exclusão da culpabilidade, já o mesmo não podendo acontecer com as variações psíquicas, nomeadamente as psicopatias* [perturbações da personalidade] *e as reacções anormais*”.²¹ Contudo, segundo Curado Neves, a visão restrita do conceito médico de doença mental (somatogénica) como a única relevante para efeitos de inimizabilidade (a grande discussão) foi perdendo sustentação científica, com discípulos como De Boor a admitirem que certas “anomalias psíquicas não doentias” deveriam ser tratadas como doenças psiquiátricas em sentido estrito²¹. Acresce, naturalmente, que a divisões clássicas endógeno / exógeno, somatogénico / psicogénico não são nem tão estanques nem tão bem definidas.

Assim, não espanta que também entre nós – (por importante influência do Direito Alemão) – possa ocorrer o que que Curado Neves descreve na Psiquiatria Forense alemã: pode apreciar “sem objecções” a relação entre perturbações da personalidade e “neuroses” (como anomalias psíquicas) e a imputabilidade, sem que surjam como relevante a sua “natureza somatogénica ou psicogénica”²¹.

As perturbações da personalidade poder-se-ão enquadrar, então, no conceito de anomalia psíquica. A dúvida permanece, como veremos,

quando à classificação da sua gravidade clínica.

6.2. Riscos e Ganhos da Atribuição da Natureza de Doença às Perturbações da Personalidade

Iniciamos, de imediato, com um conjunto de objecções de natureza prática, sistematizadas, à aceitação das perturbações da personalidade (nomeadamente *perturbação antissocial -PAP- e borderline -BDL*) como perturbações mentais “significativas” nos sistemas legais (leia-se *medicalização* ou atribuição de estatuto de *doença*)¹⁹. Estas incluem, com adaptações nossas à formulação original: a) incidência (e prevalência) elevadas nas populações “de interesse” (leiam-se agentes criminais) – alguns estudos encontram prevalências de perturbação da personalidade na ordem dos 65% dos homens detidos (47% com PAP)²⁵; b) existirem com frequência em comorbilidade (gerando confusão na narrativa das razões, cf. Moore); c) existirem limites poucos claros (e comorbilidade elevada) entre os diversos subtipos de perturbações, permitindo que a mesma pessoa cumpra critérios para mais do que uma perturbação da personalidade; d) existir sobreposição significativa com comportamentos que os agentes do Direito encontram na população dita normal; e) é difícil estabelecer o ponto de corte no contínuo de cada dimensão ou comportamento; f) as disfunções comportamentais associadas parecem estar muitas vezes sob controlo volitivo; g) existirem escassas e pouco eficazes abordagens terapêuticas; h) a perturbação antissocial ser considerada o epítome da criminalidade e ser

vista geralmente como não removendo a capacidade para agir de outra forma¹⁹.

Livres destas objecções práticas iniciais, poderemos então perguntar-nos se serão as perturbações da personalidade “medicalizáveis” (i.e. tornadas doenças) e, em caso afirmativo, que impactos existiriam na maneira como homem com personalidade perturbada passaria a interagir com o Direito. Cremos que muitos concordariam com a seguinte afirmação: a etiologia das perturbações da personalidade será provavelmente muito complexa, possivelmente envolvendo um conjunto vasto de factores ambientais, genéticos e seus moduladores²⁶. Contudo, sendo o mesmo verdade para as entidades que classificamos como doenças, importa tornar mais extrema a hipótese em discussão: e se os componentes biológicos forem muito relevantes?

Focando-nos nas perturbações com mais relevo na prática forense (perturbação antissocial, a perturbação borderline e a designada perturbação psicopática), encontramos um crescente corpo teórico que sustenta a *medicalização* (leia-se evidência de fundamentos biológicos-ambientais ao invés de apenas caracteriais) das mesmas. É sabido o papel do ambiente e experiências precoces – ainda que limitado por vieses metodológicos (com frequência fazendo uso de avaliação retrospectiva do próprio) – têm demonstrado como factores de risco para o desenvolvimento de perturbações da personalidade, como a existência de adversidades na infância (abuso físico ou emocional, negligência física ou emocional)²⁶. Para além dos aspectos emocionais, tem aumentado a evidência da importância de factores biológicos (a dúvida surge se como

fatores de risco ou marcadores). A título de exemplo, mencionamos o significativo peso genético no substrato de traços calosos/não-emocionais (i.e. frieza/insensibilidade emocional, com forte associação a traços psicopáticos na vida adulta) em estudos de gêmeos²⁷, que poderá ser mitigado pelo estilo de parentalidade²⁸. Outro estudo, também em gêmeos, encontrou variações herdáveis na substância cinzenta que poderá conformar um endofenótipo para traços psicopáticos²⁹. Com efeito, meta-análises recentes têm demonstrado importante peso na variância atribuída a factores genéticos no que à expressão de personalidade e comportamentos antissociais diz respeito, podendo atingir até 50% da variância^{30,31}. Já em 2016, utilizando metodologia GWA (*genome-wide association study*), Rautiainen *et al.* publicam os primeiros polimorfismos genéticos (genes LINC00951 and LRFN2, no cromossoma 6p21.2) associados à perturbação antissocial da personalidade³². Merecidamente entusiasmados com os resultados, é de sublinhar que nas conclusões dedicam quase dois parágrafos a explicar a não aplicabilidade destes achados na previsão de comportamentos individuais e a inadmissibilidade deste estudo em tribunal com esse sentido. Esta advertência leva-nos a explorar quais serão as consequências da “biologização” das perturbações da personalidade e dos múltiplos desafios médicos, legais e morais que este caminho enceta. Armon Tamatea sublinha alguns desses desafios e perigos, em particular se a utilização de marcadores biológicos se tornar exequível e admissível³³. Nestas preocupações incluem-se a privacidade dessa informação, a sua utilização na predição do risco, do seu uso para justifi-

ficar ou forçar intervenções farmacológicas ou comportamentais para mitigar o risco e, naturalmente, sobre as implicações da dimensão do “castigo” e da responsabilização criminal. Por outro lado, a “*biologização ou medicalização*” das perturbações da personalidade poderá servir como estímulo para a procura de novas modalidades de tratamento, mais eficazes, bem como trazer para a arena da saúde (tratamento) um número vasto de pessoas que, para todos os efeitos, têm um conjunto de menos-valias: têm maior mortalidade (cardiovascular, suicídio), têm mais comorbilidades psiquiátricas, mais perturbação por uso de substâncias, mais comportamentos ilícitos violentos e recidivismo, mais uso de serviços de saúde.²⁶ E, por fim, importa fazer também a reflexão, necessariamente moral, que se os indivíduos com perturbações da personalidade graves associadas a comportamentos criminosos (e.g. psicopatia) apresentam na sua génese “ambientes ecológicos adversos”, então a sociedade coletiva tem – no pensamento de Guillet e Huang – para além da responsabilização e censura, uma obrigação moral para a sua remediação e reabilitação³⁴.

6.3. Sobre a (In)Imputabilidade em Pessoas com Personalidades Perturbadas

No domínio do Direito, e ao longo do tempo e das várias jurisdições, a existência de uma perturbação da personalidade tem sido por vezes um factor que reduz a responsabilidade criminal e recomenda medidas de tratamento forçado³⁵ ou, pelo contrário, que aumenta a responsabilidade criminal e agrava o juízo sobre a perigosidade¹⁹.

Neste ponto, Tamatea admite que a alguns criminosos psicopatas poderá ser atribuída

menor responsabilidade criminal³³. Neste domínio as posições entre investigadores (da medicina e do direito) extremam-se. Mei-Tal, por exemplo, defende que os criminosos psicopatas – por apresentarem grave deficiência na empatia – são incapazes de culpa e não deverão ser responsabilizados³⁶. McSherry, por outro lado, sublinha o paradoxo em que se cairia se os antecedentes criminais de um indivíduo fossem causa de exclusão de culpa: se a perturbação antissocial fosse admitida como uma forma de perturbação psíquica que reduzisse a responsabilidade, então a criminalidade persistente seria a sua própria defesa³⁷. Ou, conforme Kurt Schneider, citado por Curado Neves, poder-se-ia cair na situação em que não se puniriam os criminosos mais perigosos e apenas os acidentais²¹. Outros autores, como Cordelia Fine, defendem que os psicopatas criminosos não são criminalmente responsáveis, mas deverão ser detidos para proteger bens comuns da sociedade³⁸. Estas perspectivas – médicas, jurídicas e morais – encontram concretizações diversas consoante a sociedade e o ordenamento jurídico em que se enquadram. Nas fontes no Direito Português que consultámos, as posições seguem a mesma direção: apenas em situações extremas e em, talvez mesmo só em comorbilidade se poderá colocar a questão da redução da imputabilidade. Lendo a douda opinião de Jorge de Figueiredo Dias sobre a questão de imputabilidade nas designadas “psicopatias”, é claro o entendimento que apenas no extremo seria aceite como causa exclusiva de culpa: “(...) tem de tratar-se de um desvio ou distúrbio graves ou mesmo muito graves, mais concretamente, dotados de uma gravidade que os equipare, nos

seus efeitos sobre o decurso da vida psíquica, a verdadeiras psicoses”.¹⁰ Já Joana Costa, numa análise recente da problemática jurídica sobre a questão da imputabilidade nas perturbações da personalidade, conclui que: “não obstante incluídas no conceito de anomalia psíquica, não se apresentam, em regra, e na ausência de comorbilidade, com gravidade e consistência de anular ou tornar ineficiente a capacidade de auto-determinação racional no momento do crime”³⁹.

Em Espanha, segundo Esbec e Echeburúa, a atitude do sistema legal, avaliado pela jurisprudência emanada a partir dos anos 90 do século XX, tem-se afastado de uma visão que excluía a perturbação da personalidade de qualquer ponderação de imputabilidade para uma em que se “reconhece a complexidade e dificuldade em estabelecer uma doutrina geral sobre a incidência de perturbação da personalidade e a capacidade para a culpa”, insistindo numa abordagem necessariamente casuística e sublinhando que a mera existência de uma perturbação da personalidade não é uma base suficiente para atribuir exclusão da culpa mas que tal será possível, sobretudo se grave e em associação com outras perturbações mentais e uso de substâncias⁴⁰.

Entre nós, Pedro Polónio foi claro nas considerações sobre a imputabilidade dos designados psicopatas (segundo a classificação de Schneider para o que chamaríamos de perturbação da personalidade): “(...) são considerados imputáveis, têm conhecimento do carácter lícito ou ilícito dos seus actos e a capacidade de se orientarem em função desse conhecimento. Admitimos a título excepcional que possa haver atenuação da imputabilidade, não im-

putabilidade (...) Um psicopata explosivo, de génio impossível, que por mais que faça não pode conter, e é capaz de agredir, porque lhe disseram uma palavra que não caiu bem, não será imputável (...)”⁸. A posição de Polónio, datada de 1975, parece ainda retratar de forma fiel a realidade portuguesa. Numa revisão dos criminosos inimputáveis internados nas diversas enfermarias forenses em Portugal, à data de 2010, num trabalho de Jaime Almeida e colaboradores, verificamos que 6,2% apresentavam como diagnóstico principal a existência de uma perturbação de personalidade.⁴¹ Esta expressão é reduzida, sobretudo se comparada com valores na ordem dos 30% no Reino Unido, ainda que a ordenamento jurídico seja muito diferente, com a inimputabilidade *stricto sensu* a ser uma raridade e os hospitais forenses de alta segurança a admitirem também doentes considerados perigosos sem comissão prévia de ilícito⁴². Presume-se que, em Portugal, os criminosos com perturbações da personalidade (antissocial, borderline, e a designada psicopatia) sejam largamente considerados imputáveis para os crimes e colocados em prisões comuns.

Assim, é possível admitir que à luz dos conhecimentos actuais que para alguns indivíduos com manifestações *extremas* de personalidades perturbadas (sobretudo as mais propensas à interacção com o Direito: e.g. antissocial, borderline e a designada psicopatia) poderá ser justificado – para um determinado facto – uma ponderação sobre os pressupostos médicos para inimputabilidade, em particular (mas não só) se em comorbilidade com outras perturbações mentais ou uso de substâncias.

6.4. Sobre o Internamento Compulsivo em Pessoas com Personalidades Perturbadas

Talvez seja nos serviços de urgência, na concretização das decisões clínicas do quotidiano relativas a pessoas com personalidades perturbadas que a *tensão* entre conceito de anomalia psíquica, a pré-decisão médica subtraída à livre apreciação do juiz prevista na LSM e os critérios de gravidade nele constante mais se fazem sentir. É importante sublinhar que estas decisões, difíceis na ciência e na postura ética, são tomadas em contextos muitas vezes tensos, hostis e cacofónicos: *o serviço de urgência*, onde são solicitadas avaliações e decisões rápidas, com frequência na inexistência de outros informantes.

Já verificámos, previamente, que as perturbações da personalidade estão incluídas no conceito de anomalia psíquica e como este nasceu das tensões entre uma visão mais médica / endógena da doença mental e se definiu apartando-se desse conflito, de forma a incluir outras perturbações, incluindo perturbações da personalidade. O articulado do número 1 da Lei de Saúde Mental (LSM) permite essa visão mais ampla sem contudo excluir as perturbações “não-doença” do alcance da LSM, até porque o artigo 12º faz apenas menção (como pressuposto) à existência de anomalia psíquica grave²².

E é precisamente neste ponto, na necessidade de existir não só uma anomalia psíquica, mas que ela seja qualificada como *grave*, que gera alguma inquietação sobre a inclusão das perturbações da personalidade. Pedro Soares de Albergaria não via impedimento à inclusão das perturbações da personalidade no conceito de anomalia psíquica mas, contudo, vê-o

com muita reserva ser caracterizada como “anomalia psíquica grave” (pressuposto fundamental para o internamento compulsivo)²³. Diz-nos este autor que se trata de uma situação “de fronteira”, mas que será duvidoso que se trate de uma anomalia psíquica grave (sem que se conteste que é uma anomalia psíquica *com efeitos graves*). Admite, contudo, que “certos tipos de distúrbios da personalidade” possam eventualmente ser incluídos. Vieira e Latas, por seu lado, sublinham que a gravidade da anomalia psíquica está necessariamente ligada à gravidade da patologia: “as anomalias psíquicas clinicamente graves caracterizam-se, entre outros aspectos, pela não consciência de doença e a não distinção entre o Real Objectivo e o Real Subjectivo do Próprio, o que surge no âmbito dos quadros ditos psicóticos, sintomaticamente com delírios e alucinações”²⁴. Sobre a inclusão das perturbações da personalidade no conceito de anomalia psíquica grave seguem a mesma reserva, diria mesmo algum afastamento, que Pedro Soares de Albergaria, sem contudo deixarem de afirmar que “a questão não pode considerar-se pacífica” e que restará ao médico psiquiatra definir se a situação em concreto se pode enquadrar, “sem estar limitado à mera formulação ou confirmação de um diagnóstico concreto”²⁴.

Consultando a título de exemplo alguns sumários de acórdãos de diversos Tribunais da Relação em que estes assuntos foram abordados, encontramos posições nem sempre concordantes quanto a esta problemática.

- Acórdão do Tribunal da Relação de Évora (António Clemente Lima, Ac. da RE de 18/06/2013, referente ao processo

71/12.7TBADV.E1), referente a um processo em que o Ministério Público recorreu de uma recusa do tribunal em aplicar tratamento compulsivo na sequência de avaliação clínico-psiquiátrica, invocando que o juízo técnico-científico inerente à avaliação clínico-psiquiátrica estava subtraído à livre apreciação do juiz e que o examinando sofria de “Personalidade Dissocial (...) com grave descontrolo do impulso e agressividade, sobretudo em contexto de ingestão alcoólica e de drogas, sem crítica e, como tal, sem motivação para tratamento, ali se relatando episódios de heteroagressividade, com desmandos de conduta e destruição de objectos em casa”. O TRE considerou como procedente o recurso, validando o tratamento compulsivo em regime ambulatorio para doente afecto de perturbação antisocial da personalidade com perigo.

- Acórdão do Tribunal da Relação de Évora (Rui Maurício, Ac. da RE de 26/04/2005) que conclui (sumário), a propósito do caso concreto em apreço, que: “A verificação do requisito da anomalia psíquica grave para o internamento compulsivo cabe exclusivamente à medicina, dependendo de uma avaliação clínico-psiquiátrica do internando, de realização obrigatória (excepto se o requerimento for apresentado pelo director clínico do estabelecimento nos termos do nº 3, do art. 13º, da LSM), levada a cabo por dois psiquiatras, com eventual colaboração de outros profissionais de saúde mental, estando o respectivo juízo subtraído à livre apreciação do juiz. II- Não pode, pois, ser liminarmente inde-

ferido, com fundamento em inexistência de anomalia psíquica grave por parte do internando, o requerimento para internamento compulsivo em que se alegue que aquele sofre de alcoolismo e que por isso tem um comportamento instável, agressivo e conflituoso, pois só após a realização obrigatória da sobredita avaliação se poderá aquilatar se o internando é ou não portador de uma tal anomalia.” (sic). Este acórdão sublinha que caberá exclusivamente ao médico determinar se existe ou não anomalia psíquica grave, estando este juízo subtraído à livre apreciação do juiz.

- Acórdão do Tribunal da Relação de Évora (Fernando Cardoso, Ac. da RE de 20/12/2011) que conclui (sumário): “I- O tratamento compulsivo em regime ambulatorio pressupõe a possibilidade de sujeição do doente a internamento compulsivo e, por isso, fica sujeito aos pressupostos deste e ao procedimento previsto na Lei de Saúde Mental. II- A verificação sobre a existência ou inexistência do pressuposto básico para o internamento compulsivo – a anomalia psíquica grave – só pode ser feita com o relatório e conclusões da avaliação clínico-psiquiátrica, juízo que é necessária e obrigatoriamente feito por médicos especializados em psiquiatria e está subtraído à livre apreciação do juiz. III- O transtorno de personalidade anti-social ou dissocial, vulgarmente chamado de Psicopatia ou Sociopatia, conquanto constitua um maior risco para os diversos transtornos psíquicos, não constitui anomalia psíquica grave.” Este acórdão, curioso, refere que é exclusiva-

mente ao médico que compete avaliar e determinar se existe anomalia psíquica grave e que tal está subtraído à apreciação do juiz para, logo a seguir, afirmar que a perturbação da personalidade antissocial não constitui anomalia psíquica grave.

Assim, a par da grande reserva em considerar perturbação da personalidade como anomalia psíquica grave temos, sem hesitação, que tal tarefa cabe exclusivamente ao médico e, também, em simultaneamente, a interpretação jurídica que não considera a perturbação antissocial como anomalia psíquica grave. É neste terreno um pouco instável que o médico psiquiatra tem de tomar as suas decisões e por elas ser responsável.

Sobre a prática clínica concreta, a investigação não abunda entre nós. A que existe⁴³⁻⁴⁵, de louvar, demonstra que em determinados casos – mesmo constringido pela interpretação do normativo legal (LSM) – tem existido amplitude de acção para internamento compulsivo de doentes com diagnóstico de perturbação da personalidade como diagnóstico principal. Nuno Madeira e colaboradores, avaliando 384 internamentos compulsivos realizados entre 2006 e 2008 em dois hospitais (Hospitais da Universidade de Coimbra e o Hospital Infante D. Pedro - Aveiro (HIP) registaram 9,6% de doentes com perturbação da personalidade. Já Fernando Almeida e colaboradores, analisando os 225 doentes internados compulsivamente no Hospital Magalhães Lemos em 2007 não fazem menção a diagnósticos de perturbação da personalidade, embora uma fracção significativa surja na sua descrição como “outros diagnósticos” e “doença não especificada”, pelo que não é seguro que nela não se inscre-

vam perturbações da personalidade⁴⁴. Miguel Talina, no período de Março a Junho de 2012, contabilizou 74 internamentos compulsivos em hospitais da zona da grande Lisboa, identificando 5,4% (4) de doentes com diagnóstico principal de perturbação da personalidade⁴⁶. Assim, na realidade quotidiana, verificamos que *peelo menos alguns médicos* consideram *algumas perturbações da personalidade* como anomalia psíquica grave e fundamento clínico para accionar internamento compulsivo. Se levarmos em conta o percurso de *medicalização ou biologização* das perturbações da personalidade, a que já aludimos, cremos existir fundamento progressivamente mais sólido para este entendimento. Em todo o caso, parece mais seguro que tal ocorra quando o perigo (estimado) for elevado (eventualmente até já concretizado e com risco de repetição) e que a comorbilidade (eventualmente com consumo de substâncias) forneça mais segurança numa decisão dessa natureza. Em última análise, contudo, caberá ao médico na urgência a decisão de internar (e de não internar).

Um dos exemplos mais bem documentados (e polémicos) sobre o internamento compulsivo de perturbações da personalidade encontramos em Inglaterra, simultaneamente constituindo um desafio ético e uma evidência clara do impacto de casos mediáticos na definição de políticas de saúde. Falamos aqui da implementação do programa *Dangerous Severe Personality Disorder* (DSPD) no Reino Unido após alguns casos mediáticos de ilícitos criminais perpetrados por pessoas com perturbação da personalidade (naquele ordenamento definida legalmente como *psychopathic disorder*)⁴⁷. A reformulação do *Mental Health Act*

(em 2007) passou a legitimar expressamente o internamento compulsivo de pessoas com perturbação da personalidade e que nas quais se fizesse um juízo clínico de risco elevado de violência (para o próprio ou terceiros). Os sucessos e falhanços deste novo modelo (e novo diagnóstico) têm sido alvo de debate e prosseguem, mesmo após o fim do programa^{48,49}. O que é substantivo é que – apesar de todas as controvérsias éticas – foi implementado um programa (com financiamento generoso) que tornava possível o internamento e tratamento compulsivo – de duração não definida - de pessoas com perturbação da personalidade consideradas perigosas (mas que não tinham cometido ainda nenhum ilícito). Criado pelo governo este novo “diagnóstico” de *Perturbação Grave e Perigosa da Personalidade*, foram definidos os critérios de diagnóstico, sendo que teriam de cumprir os 3 pontos, aperfeiçoados posteriormente^{49,50}: a) *was more likely than not to commit an offence that might be expected to lead to serious physical or psychological harm from which the victim would find it difficult or impossible to recover on standardized measures of risk; b) has a significant disorder of personality, defined by the Psychopathy Checklist Revised (PCL-R) and the International Personality Disorder Examination (IPDE), and in whom; c) the risk presented appeared to be functionally linked to the personality disorder*. Aparentemente não foram internados por este sistema pessoas sem qualquer acusação ou condenação por ilícito, ainda que fosse explicitamente aberta essa possibilidade pela legislação (o reformulado *Mental Health Act*).⁴⁷ A maioria das pessoas (praticamente só homens) eram

pessoas que estavam de alguma forma envolvidas com o sistema judicial penal (acusadas ou condenadas). Críticas várias à própria noção desse novo diagnóstico, apelidado por alguns como uma “categoria administrativa” ou “invenção política” criada para “deter preventivamente [futuros] prisioneiros”⁵¹. Outros apelidaram a medida como “populista”, que caía na falácia de atribuir o risco elevado a um “dúbio” diagnóstico “excluindo factores relevantes”, que contribuiria ainda mais para a “demonização da doença mental”, consistindo, em resumo, em detenções preventivas.⁵² Este programa – que envolvia hospitais de alta segurança e algumas prisões – esteve em funcionamento entre 2000 (projectos piloto) e 2013. A partir de 2013 assistiu-se à reconversão do programa para DSPD para um outro programa, mais vasto, designado de OPPD (*Offender Personality Disorder Pathway*), que se desliga dos internamentos preventivos em hospitais e centra a intervenção na justiça criminal⁵⁰. Peter Tyrer e colaboradores fizeram uma análise crítica das vantagens e desvantagens deste programa⁴⁹. Como aspectos positivos destacam o investimento numa população tradicionalmente negligenciada, a necessidade (que surgiu) de desenvolver tratamentos, o desenvolvimento de serviços de saúde (mesmo fora do programa para DSPD) orientados para o tratamento de perturbações de personalidade e o reforço da investigação nesta área. Por outro lado, destacam pelo lado negativo a natureza muito controversa do diagnóstico e seus critérios (difíceis de aplicar e avaliar de forma satisfatória), o foco excessivo na protecção do público (*versus* ajuda aos doentes), um conhecimento insuficiente

sobre o tratamento (que se desenvolve apenas depois de aplicada a medida e cuja evidência de eficácia é duvidosa) e o fenómeno de depósito de doentes (agravado pelo internamento de presos que chegam ao fim da pena e eram considerados como tendo *Perturbação Grave e Perigosa da Personalidade* procedendo-se à sua admissão nestes serviços, considerando existem um “efeito armazém”)⁵⁰.

6.5. Considerações sobre a Tensão na Fronteira da Normalidade nas Perturbações da Personalidade

Os psiquiatras, no seu discurso, actividade clínica e função pericial, constituem um canal privilegiado de comunicação e transmissão desta informação entre a ciência, o direito e público, sem olvidarem os fundamentos éticos da sua profissão. Em linha com o pensamento de Kendell⁵³, é provável que o aparecimento de instrumentos diagnósticos e terapêuticos mais eficazes forneça a *legitimação de doença* que os médicos carecem. O maior conhecimento sobre os factores etiológicos (genéticos, ambientais) tem permitido uma melhor compreensão deste fenómeno e poderá em breve surgir na interacção Psiquiatria-Direito (previsão de risco, diminuição da responsabilidade, medidas de segurança...), com efeitos imprevisíveis.

Em última análise, a relevância legal das perturbações da personalidade tenderá a seguir o consenso científico vigente e – seguramente – os valores morais dominantes na sociedade sobre as mesmas, bem como outras forças vivas que nelas se manifestem. Se os limites da doença (visão biológica) passarem gradualmente a incluir as perturbações da personali-

dade (em particular a perturbação antissocial, a perturbação borderline e a designada psicopatia, as que mais entram em conflito com as normas), é provável que – em caso de crime – o foco da intervenção se centre na prevenção, tratamento e reabilitação, com diminuição da culpa. A pesquisa de marcadores biológicos e a acção preemptiva surgirão como dilemas éticos importantes. O internamento compulsivo – assim alargado sem tantas ambiguidades – levaria a uma reformulação dos planos de tratamento em internamento e, talvez, das próprias enfermarias.

7. A Introdução de Falsas Nosologias Médicas Usadas com Relevância na Litigância: O Exemplo da Síndrome de Alienação Parental

Para terminar, abordaremos sumariamente um dos vários exemplos que poderemos encontrar – ao longo da história da psiquiatria forense – da introdução na prática pericial de falsas ou duvidosas nosologias com relevância na litigância. Ainda que não estejamos imunes a esse fenómeno, este será mais frequente nos ordenamentos jurídicos adversariais (como nos EUA), sem uma instituição que centralize em si a realização de perícias médico-legais e as pode supervisionar (como, entre nós, o INMLCE,IP, sem prejuízo da autonomia do perito).

A alegada síndrome de alienação parental (SAP) obedece a um conjunto de critérios (ver Quadro IV), propostos por Richard Gardner em 1985 e, como veremos, não constitui uma verdadeira síndrome médica.⁵⁴ Não vislumbramos aqui sinais ou sintomas que se concatenam numa entidade com etiologia, curso

ou prognóstico relativamente definidos, nem tampouco sintomas de uma qualquer perturbação do funcionamento psíquico⁵⁴.

Quadro IV. Critérios para o diagnóstico da designada síndrome de alienação parental⁵⁴.

1	Campanha para denegrir o progenitor alienado
2	Racionalizações fracas, absurdas ou frívolas para descrédito do pai alienado
3	Falta de ambivalência
4	Fenómeno do pensador independente
5	Apoio automático ao progenitor alienador
6	Ausência de sentimento de culpa relativamente à crueldade e/ou exploração do progenitor alienado
7	Presença de encenações encomendadas
8	Propagação de animosidade aos amigos e/ou família alargada do progenitor alienado

A popularidade deste conceito levou a que fosse ponderada a sua inclusão na DSM-5, numa nova designação de “perturbação de alienação parental” que⁵⁵, contudo, não veio a ser concretizada. Não se invalida, naturalmente, que o fenómeno descrito por Gardner ocorra em casais que disputam a tutela de filhos menores e, neste contexto, seja factor de sofrimento e de dinâmicas que se afastam do melhor interesse do menor. No entanto, seguimos Pedro Cintra, segundo o qual se trata não de uma síndrome clínica, mas de um “constructo sociológico que se reporta a uma alteração no vínculo afectivo parental, a ser objecto de estudos científicos modernos. Esta disfunção consiste na transformação de um vínculo positivo num negativo (amor em ódio)”⁵⁴. Aqui o impacto na fronteira da “normalidade legal” seria, em nosso entender, que a efectivação de um

diagnóstico médico na criança desta suposta perturbação viesse a coartar, legitimada que estava pelo critério de “anomalia psíquica”, o exercício das responsabilidades parentais pelo outro progenitor.

Também no Direito, em Portugal, têm existido posições definidas contra a sua utilização. Citamos o trabalho de Raquel Lemos, apresentado sob forma de tese, onde esta conclui: “pela falta de cientificidade, pelo desrespeito pelos princípios orientadores dos processos de regulação das responsabilidades, pela violação dos direitos fundamentais das crianças e mulheres, a teoria da SAP não pode ser acolhida pela jurisprudência portuguesa como meio de prova válido nem como critério de decisão em processos de regulação das responsabilidades parentais”⁵⁶.

Ou, ainda, no mesmo sentido, a posição informada de Maria Clara Sottomayor^{57,58}: “O trabalho de Gardner não tem um carácter científico porque se limita a descrever um fenómeno – a alienação da criança em relação a um dos pais – mas não se baseia em estudos rigorosos que determinem os motivos da recusa da criança, nem demonstra uma relação de causa e efeito entre alienação e manipulação da criança (...). Com efeito, a campanha para denegrir o progenitor pode não existir e a criança, ainda assim, manifestar sentimentos de recusa em relação a um dos pais por motivos pessoais, ou mesmo que a campanha exista, os critérios de SAP não demonstram uma relação de causalidade entre estes dois factos”⁵⁸.

Em acórdãos de Tribunais da Relação é possível encontrar já referências a esta designada síndrome, sendo descrita ora como fenómeno

relacional (e social) ora como perturbação psíquica (com sintomas):

- Acórdão do Tribunal da Relação de Coimbra (Fonte Ramos, Ac. da RC de 07/11/2012), num excerto: “(...) 6. Na data de 24.6.2010 o menor era uma criança bem disposta e colaborante e sem apresentar indícios de síndrome de alienação parental – conforme informação psicológica de fls. 89.”. Aqui surge validada a avaliação psicológica da SAP.
- Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa (Ana Resende, Ac. da RL de 01/26/2010), num excerto: “(...) II – Como potenciador da necessária alteração, configura-se o designado Síndrome de Alienação Parental, como um distúrbio que surge principalmente no contexto das disputas pela guarda e confiança da criança, caracterizado por um conjunto de sintomas resultantes do processo (alienação parental) pelo o qual um progenitor transforma a consciência do seu filho, com o objectivo de impedir, obstaculizar ou destruir os vínculos da criança com o outro progenitor.”. Neste acórdão encontramos a referência à SAP como distúrbio.
- Acórdão do Tribunal da Relação de Guimarães (Isabel Silva, Ac. da RG de 10/08/2015), num excerto: “(...) a) Provando-se que é a menor, à data com 15 anos, quem recusa cumprir o regime de visitas estipulado para o pai, tal “incumprimento” não pode ser imputado à mãe. b) A importância do denominado “síndrome de alienação parental” relevará ao nível duma possível alteração da regulação do poder paternal (pois, a provar-se, é de

ponderar a retirada da guarda do menor ao dito progenitor alienador), e não do seu incumprimento.”. Aqui surge, mais uma vez, referência à SAP.

- Acórdão do Tribunal da Relação de Guimarães (Alberto Ruço, Ac. da RG de 07/09/2014), num excerto: “a) I - A denominada Síndrome de Alienação Parental (SAP) caracteriza-se pela interferência na formação psicológica da criança ou do adolescente, levada a cabo ou induzida por um dos progenitores, outros familiares ou mesmo terceiros que tenham a criança ou adolescente sob a sua autoridade, guarda ou vigilância, no sentido de provocar uma quebra ou dano relevante nos vínculos afectivos próprios da filiação existentes até então entre o filho e o progenitor visado, sem que para tal haja uma justificação moral ou socialmente aceitável. II - *Não se trata de uma doença, mas existe como fenómeno social.* III - Esta interferência na formação psicológica do menor constitui abuso moral e é qualificável como maus-tratos. IV - Em caso de separação de facto do casal, o interesse dos filhos a que alude o n.º 7 do artigo 1906.º do Código Civil e o n.º 1 do artigo 180.º da Lei Tutelar de Menores, aponta no sentido da decisão judicial sobre a guarda dos filhos coincidir com aquela que promova uma relação que construa, preserve e fortaleça os vínculos afectivos positivos existentes entre ambos os pais e os filhos e afaste uns e outros de um ambiente destrutivo de tais vínculos...”. Neste acórdão a SAP surge como um fenómeno social e não como fenómeno médico-psicológico.

De forma sumariamente apresentado, o exemplo da síndrome de alienação parental surge como alerta para o papel essencial dos psiquiatras em ajudar na clarificação do que é doença ou perturbação (anomalia psíquica) daquilo que é uma perturbação da relação com fins instrumentais, do campo do Direito e não da Medicina, portanto.

CONCLUSÕES

O conceito de “normalidade” parece surgir assim fluído e escapando a uma definição linear e universal, sendo seguramente único em cada sociedade, cultura e momento do tempo. O estudo da normalidade tem preocupado psiquiatras, tendo fornecido exemplos relevantes como Alejandro Raitzin, eminente psiquiatra forense argentino que se debruçou sobre a complexidade do estudo do homem normal (e suas metodologias), ou Daniel Offer e Melvin Sabshin, psiquiatras que dedicaram parte da sua vida como investigadores ao estudo do comportamento humano normal, disciplina a que deram o nome de normatologia.^{1,2} Esse objecto de estudo – a diversidade do comportamento normal humano – uma tarefa nobre e hercúlea (interminável, em nosso entender), permitiria melhor definir os limites da psicopatologia e da doença mental. Contudo, cremos, será sempre um estudo inacabado e em necessidade de actualização, pois a normalidade é um conceito dinâmico e em mutação constante. Centrando-nos no conceito (meramente expositivo) de “normalidade legal”, construído a partir de um modelo do Homem no Direito de Moore (entre vários), em que o comportamento humano é explicado pelo agir racional, autónomo, motivado por razões,

caracterizado por intencionalidade e presupondo existência de agência, a Psiquiatria Forense é chamada para clarificar exceções e fronteiras. É a esta que cabe o papel de contribuir para discernir entre o normal e o patológico e para ajudar a definir as exceções à dita “normalidade legal” (na medida em que tal interesse ao Direito), encontrando no ordenamento jurídico português um conjunto vasto de situações onde é chamada a pronunciar-se (e.g. inimizabilidade penal, internamento compulsivo). Navega, contudo, por um canal estreito entre concepções nem sempre sobreponíveis de liberdade, agência, responsabilidade e culpa, carregando em si a incumbência de ser o tradutor entre dois sistemas, sem prescindir da ética (com voz activa), da metodologia da ciência de que faz parte e de uma postura atenta e vigilante contra a sua instrumentalização. As fronteiras da “normalidade legal” devem ser vigiadas com zelo, sem esquecer o papel humanista da medicina (e da psiquiatria) no tratamento das pessoas, sejam eles criminosos doentes ou doentes criminosos. Estas fronteiras, que se têm tornado mais permeáveis à explicação serão, pois, em nosso entender e em última instância, sempre incorrectamente indefinidas, caso sejam feitas apenas por um juiz ou apenas por um psiquiatra. De facto, apenas as ciências naturais, sociais e humanas, no seu conjunto, poderão arrogar-se à tentativa de obtenção de uma resposta.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

O autor declara não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The author has declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The author has declared no external funding was received for this study.

Bibliografia / *References*

1. Raitzin A. El Hombre normal: ese otro desconocido. Joaquín Gil Editor; 1937.
2. Offer D, Sabshin M. The Diversity of normal behavior: further contributions to normatology. BasicBooks; 1991. 456 p.
3. Eastman N. Psychiatric, psychological, and legal models of man. *Int J Law Psychiatry*. 1992;15:157–69.
4. Trancas B, Vieira F. Psiquiatria Forense em Portugal: aspectos médico-legais e psiquiátricos. Em: *Direito na Saúde - Estudos em Homenagem ao Prof Doutor Guilherme de Oliveira*. Coimbra: Almedina;
5. Moore MS. *Law and Psychiatry: Rethinking the Relationship*. 1 edition. Cambridge Cambridge University Press; 1984. 544 p.
6. Trusted J. *Inquiry and Understanding: An Introduction to Explanation in the Physical and Human Sciences*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan; 1987. 184 p.
7. Trindade CSA. *A Prova de Estados Subjetivos no Processo Civil - Presunções e regras de experiência*. Leya; 2016. 560 p.
8. Polónio P. *Psiquiatria Forense*. Lisboa; 1975.
9. Sobral Cid J de M. *Obras de José de Matos Sobral Cid - I - Psicopatologia Clínica e Psicopatologia Forense*. Vol. I. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1983.
10. Figueiredo Dias J. *Direito Penal - Parte Geral - Tomo I - Questões Fundamentais | A Doutrina*

- Geral do Crime. 2ª Edição. Coimbra: Coimbra Editora; 2012.
11. Jaspers K. *General Psychopathology: Volume 1*. 1997 Edition. Vol. 1. The Johns Hopkins University Press; 1997.
 12. Albergaria PS de. Anomalia psíquica e capacidade do arguido para estar em juízo. *Julgar*. 2007;1:173–82.
 13. Marques Alves S. O direito a ser declarado imputável. *Psiquiatr Psicol Justiça*. 2016;11:18.
 14. Dallam SJ. Crisis or creation? a systematic examination of «false memory syndrome». *J Child Sex Abuse*. 2000;9:9–36.
 15. Penney S. Impulse control and criminal responsibility: lessons from neuroscience. *Int J Law Psychiatry*. 2012;35:99–103.
 16. Bergenheim A. Sexual assault, irresistible impulses, and forensic psychiatry in Sweden. *Int J Law Psychiatry*. 2014;37:99–108.
 17. Kaplan M. Taking Pedophilia Seriously. *Wash Lee Law Rev*. 2015;72:75.
 18. Rahman T, Resnick PJ, Harry B, Anders Breivik: Extreme Beliefs Mistaken for Psychosis. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2016;44:28–35.
 19. Johnson SC, Elbogen EB. Personality disorders at the interface of psychiatry and the law: legal use and clinical classification. *Dialogues Clin Neurosci*. 2013;15:203–11.
 20. Elliott C, Gillett G. Moral insanity and practical reason. *Philos Psychol*. 1992;5:53–67.
 21. Curado Neves J. *A Problemática da Culpa nos Crimes Passionais*. Coimbra Editora; 2008.
 22. Lei nº 36/98 de 24 de Julho - Lei de Saúde Mental. 36/98 Jul 24, 1998.
 23. Albergaria PS de. *A lei da saúde mental: lei no. 36/98 de 24 de julho - anotada*. Almedina; 2003. 92 p.
 24. Latas AJ, Vieira F. *Notas e comentários à lei de saúde mental (lei nº 36/98, de 24 de Julho)*. Coimbra: Coimbra Editora; 2004. 226 p.
 25. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet Lond Engl*. 2002;359:545–50.
 26. Samuels J. Personality disorders: epidemiology and public health issues. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl*. 2011;23:223–33.
 27. Frick PJ, White SF. Research review: the importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49:359–75.
 28. Waller R, Trentacosta CJ, Shaw DS, Neiderhiser JM, Ganiban JM, Reiss D, et al. Heritable temperament pathways to early callous–unemotional behaviour. *Br J Psychiatry*. 2016;bjp.bp.116.181503.
 29. Rijdsdijk FV, Rijdsdijk FV, Viding E, De Brito S, Forgiarini M, Mechelli A, et al. Heritable variations in gray matter concentration as a potential endophenotype for psychopathic traits. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:406–13.
 30. Ferguson CJ. Genetic contributions to antisocial personality and behavior: a meta-analytic review from an evolutionary perspective. *J Soc Psychol*. 2010;150:160–80.
 31. Rhee SH, Waldman ID. Genetic and environmental influences on antisocial behavior: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychol Bull*. 2002;128:490–529.
 32. Rautiainen M-R, Paunio T, Repo-Tiihonen E, Virkkunen M, Ollila HM, Sulkava S, et al. Genome-wide association study of antisocial personality disorder. *Transl Psychiatry*. 2016;6:e883.
 33. Tamatea AJ. «Biologizing» Psychopathy: Ethical, Legal, and Research Implications at the

- Interface of Epigenetics and Chronic Antisocial Conduct. *Behav Sci Law*. 2015;33:629–43.
34. Gillett G, Huang J. What We Owe the Psychopath: A Neuroethical Analysis. *AJOB Neurosci*. 2013;4:3–9.
35. Spaans M, Barendregt M, Haan B, Nijman H, de Beurs E. Diagnosis of antisocial personality disorder and criminal responsibility. *Int J Law Psychiatry*. 2011;34:374–8.
36. Mei-Tal M. The Criminal Responsibility of Psychopathic Offenders. *Isr Law Rev*. 2002;36:103–21.
37. McSherry B. The reformulated defence of insanity in the Australian criminal code act 1995 (Cth). *Int J Law Psychiatry*. 1997;20:183–97.
38. Fine C, Kennett J. Mental impairment, moral understanding and criminal responsibility: psychopathy and the purposes of punishment. *Int J Law Psychiatry*. 2004;27:425–43.
39. Costa J. A relevância jurídico-penal das perturbações da personalidade no contexto da inimputabilidade. *Julgar*. 2011;53–81.
40. Esbec E, Echeburúa E. Violence and personality disorders: clinical and forensic implications. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38:249–61.
41. Almeida J, Graça O, Vieira F, Almeida N, Santos JC. Characteristics of offenders deemed not guilty by reason of insanity in Portugal. *Med Sci Law*. 2010;50:136–9.
42. Menezes SB, Oyebode F, Haque MS. Mentally disordered offenders in Zimbabwe and in England and Wales: a socio-demographic study. *Med Sci Law*. 2007;47:253–61.
43. Madeira N, Santos T, Cabral A, Santos V. Internamentos Compulsivos: revisão da casuística dos HUC e HIP no triénio 2006-2008. 2010 [citado 26 de Fevereiro de 2017]; Disponível em: <http://rihuc.huc.min-saude.pt/handle/10400.4/1929?mode=full>
44. Almeida F, Marques AI, Castro AS, Coelho C, Pálha J, Carneiro L, et al. Internamentos compulsivos no Hospital Magalhães Lemos. *Psiquiatr Psicol Justiça*. 2008;87–101.
45. Brissos S, Carita A, Vieira F. Compulsory admission to a Portuguese psychiatric hospital: retrospective study of 497 involuntary admissions. *BMC Psychiatry*. 2007;7:P2.
46. Talina AMC. Internamento compulsivo em psiquiatria. estudo comparativo de doentes com internamento compulsivo versus voluntário na Grande Lisboa [Internet] [masterThesis]. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa; 2004 [citado 26 de Fevereiro de 2017]. Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/5545>
47. Beck JC. Dangerous severe personality disorder: the controversy continues. *Behav Sci Law*. 2010;28:277–88.
48. Freestone M, Taylor C, Milsom S, Mikton C, Ullrich S, Phillips O, et al. Assessments and admissions during the first 6 years of a UK medium secure DSPD service. *Crim Behav Ment Health CBMH*. 2012;22:91–107.
49. Tyrer P, Duggan C, Cooper S, Crawford M, Seivewright H, Rutter D, et al. The successes and failures of the DSPD experiment: the assessment and management of severe personality disorder. *Med Sci Law*. 2010;50:95–9.
50. Tyrer P, Duggan C, Cooper S, Tyrer H, Swinson N, Rutter D. The lessons and legacy of the programme for dangerous and severe personality disorders. *Personal Ment Health*. 2015;9:96–106.

51. O'Loughlin A. The Offender Personality Disorder Pathway: Expansion in the Face of Failure? *Howard J Crim Justice*. 2014;53:173–92.
52. Chiswick D. Preventive detention exhumed — and enhanced. *The Psychiatrist*. 1999;23:703–4.
53. Kendell RE. The distinction between personality disorder and mental illness. *Br J Psychiatry*. 2002;180:110–5.
54. Cintra P, Salavessa M, Pereira B, Jorge M, Vieira F. Síndrome de Alienação Parental: realidade médico-psicológica ou jurídica? *Julgar*. 2009;197–205.
55. Houchin TM, Ranseen J, Hash PAK, Bartnicki DJ. The parental alienation debate belongs in the courtroom, not in DSM-5. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2012;40:127–31.
56. Lemos RA. Admissibilidade da utilização da teoria da síndrome de alienação parental nos processos de regulação das responsabilidades parentais [Internet]. 2014 [citado 26 de Fevereiro de 2017]. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/14563>
57. Sottomayor MC. Uma análise crítica da síndrome de alienação parental e os riscos da sua utilização nos tribunais de família | *Julgar*. *Julgar*. 2011;13:73–107.
58. Sottomayor MC. *Regulação do Exercício das Responsabilidades Parentais nos Casos de Divórcio*. 5ª Edição. Coimbra: Almedina; 2011.