

**UNIVERSITATEA LIBERĂ INTERNAȚIONALĂ
DIN MOLDOVA**

Cu titlu de manuscris
CZU 343.225 B27

BANU (ȘOMICU) Marcela

IRESPONSABILITATEA PENALĂ

Specialitatea științifică: 554.01 - Drept penal și execuțional penal

Teză de doctor în drept

Conducător științific:



MARIȚ Alexandru,
prof. univ., dr.

Autor: **BANU (ȘOMICU) Marcela** _____



Chișinău - 2022

© BANU (ŞOMICU) Marcela, 2022

CUPRINS

ADNOTARE	4
LISTA ABREVIERILOR	7
LISTA FIGURILOR	8
INTRODUCERE	9
1. ANALIZA MATERIALELOR ȘTIINȚIFICE REFERITOARE LA RESPONSABILITATEA/IRESPONSABILITATEA PENALĂ	17
1.1. Analiza cercetărilor științifice de referință în materia clarificării conceptuale a iresponsabilității penale, publicate în Republica Moldova și România	17
1.2. Analiza unor reglementări penale și a lucrărilor științifice cu privire la responsabilitatea și iresponsabilitatea penală adoptate sau publicate în literatura de specialitate din alte state	27
1.3. Concluziile de la Capitolul I	32
2. IRESPONSABILITATEA PENALĂ: NOȚIUNI, CARACTERIZARE, CONDIȚII	34
2.1. Responsabilitatea și iresponsabilitatea, responsabilitatea redusă în dreptul penal. Bariera între iresponsabilitate și responsabilitate. Cauze care exclud responsabilitatea penală	34
2.2. Iresponsabilitatea penală și istoricul reglementării și elemente de drept comparat. Coraportul ei cu cauzele care înlătură caracterul penal al faptei/cauzele justificative potrivit legislației penale din România și Republica Moldova	47
2.2.1. Determinări conceptuale cu privire la noțiunea de „persoană ce suferă de tulburări psihice”	49
2.2.2. Conexiuni ale iresponsabilității cu alte cauze care înlătură caracterul penal al faptei	56
2.3. Noțiuni și caracterizare generală a iresponsabilității penale	57
2.4. Condiții și criterii de evaluare a iresponsabilității penale	76
2.5. Analiza unor reglementări internaționale în materia iresponsabilității penale	86
2.6. Concluzii la Capitolul 2	91
3. LIMITELE INTERNE ȘI POSIBILITĂȚI DE APRECIERE A IRESPONSABILITĂȚII PENALE	93
3.1. Iresponsabilitatea persoanei aflate în stare de afect	93
3.2. Problematika iresponsabilității în situația consumului de droguri sau băuturi alcoolice. Temeiurile pentru aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical	106
3.3. „Entitățile psihice” ale personalității în limitele normal-patologice	119
3.4. Aspecte procesual-penale privind expertiza psihologico-judiciară și psihiatrică privind constatarea iresponsabilității și a stărilor conexe și adiacente	131
3.4.1. Generalități procesual-penale privind expertiza psihologico-judiciară și psihiatrică	131
3.4.2. Efectele și aspectele procesuale ale iresponsabilității	142
3.5. Actio libera in causa	144
3.6. Efectele constatării iresponsabilității penale și temeiurile pentru aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical	153
3.7. Concluzii la Capitolul 3	170
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI	173
BIBLIOGRAFIE	185
ANEXE	199
Anexa 1 - Acte procesuale relevante	199
Anexa 2 - Formulă de calcul a forței emoțiilor și schema funcțională a stărilor afective	215
Anexa 3 - Analiza statistică a infracțiunilor comise în stare de ebrietate, prin consumul de droguri (2011-2020)	216

Declarația de asumare a răspunderii

227

CURRICULUM VITAE

228

ADNOTARE

BANU (ȘOMICU) Marcela. IRESPONSABILITATEA PENALĂ. Teză de doctor în drept.

Chișinău, 2022. Specialitatea științifică: 554.01 - Drept penal și execuțional penal.

Structura tezei: introducere, 3 capitole, recomandări și concluzii generale, bibliografia din 384 titluri, 3 anexe, 183 pagini de text de bază. Rezultatele de bază se regăsesc publicate în 11 lucrări științifice.

Cuvinte-cheie: personalitate, iresponsabilitate, responsabilitatea, responsabilitatea redusă, personalitate a infractorului, prevenire individuală, prevenire generală a infractorilor și a infracțiunilor.

Domeniul de studiu. Teza de doctorat are o descriere interdisciplinară, aparținând domeniului dreptului penal, criminologiei și psihologiei judiciare.

Scopul și obiectivele lucrării. *Scopul tezei* - analiza juridico-penală a iresponsabilității prin prisma reglementărilor, în această materie, adoptate în RM și România, precum și în ipoteza unui ansamblu de cunoștințe de natură psihologică, criminologică, psihiatrie judiciară, medicină legală etc.

Obiectivele cercetării: analiza materialelor științifice publicate în RM și în alte state, referitoare la responsabilitate, iresponsabilitate și responsabilitatea redusă; clarificarea limitelor de delimitare conceptuală între categoriile juridice de *răspunderea penală, responsabilitate și iresponsabilitate*; identificarea și clarificarea conceptuală a corelației între iresponsabilitatea penală și cauzele care înlătură caracterul penal al faptei (cauzele justificative); interpretarea doctrinară a cauzelor care înlătură responsabilitatea penală; evaluarea teoretică a conceptului de responsabilitate redusă; evaluarea științifică a condițiilor, criteriilor și efectelor iresponsabilității penale; cercetarea legislației RM și a celei internaționale în materia fundamentării instituționale a categoriei juridice de *iresponsabilitate*; identificarea și investigarea științifică a etapelor expertizei medico-legale psihiatrice a adultului, precum și a multiplelor nuanțe, care vizează aspectele procesual-penale privind expertiza judiciară; evaluarea teoretico-practică a asistenței psihiatrice în RM; analiza comportamentului duplicitar din perspectivă medico-legală; înaintarea unui ansamblu de concluzii și recomandări, în vederea ajustării legislației penale la premisa eficientizării actului de justiție penală, în contextul faptelor prejudiciabile comise de către persoanele iresponsabile și cu responsabilitate redusă.

Noutatea și originalitatea științifică. Teza de doctorat se conturează prin promovarea unor abordări și viziuni de ansamblu inovatoare, sintetice și interdisciplinare asupra iresponsabilității penale și a noțiunilor care o interconectează la sistemul normativului penal. Lucrarea de doctorat se înscrie printre studiile puține la număr în acest aspect științific, care se referă la tratarea complexă a aspectelor legate de iresponsabilitatea penală. Este novațională aprecierea printr-un tratament conceptual nou al iresponsabilității penale în raport cu legislația în vigoare a RM și a României, acest tratament juridico-penal fiind configurat prin interpretări complexe și multiaspectuale a unor definiții ori expresii incidente acestui subiect analizat.

Problema științifică importantă soluționată constă în elaborarea unui cadru conceptual complex și temeinic în ceea ce privește iresponsabilitatea penală (ținând cont de cadrul normativ existent, de practica judiciară în materie, precum și de bunele practici legislative), fapt ce a condus la evidențierea unor curenți normative și a unor dificultăți practice de încadrare a unor atare infracțiuni și, în consecință, la propunerea unor sugestii legislative capabile să contribuie la îmbunătățirea cadrului normativ, tocmai în vederea direcționării practicienilor dreptului penal spre o corectă calificare a infracțiunilor comise în stare de responsabilitate, responsabilitate redusă și iresponsabilitate.

Importanța teoretică și valoarea aplicativă a lucrării rezidă în *elaborarea și fundamentarea științifică a cadrului conceptual privind iresponsabilitatea penală, fapt care contribuie la clarificarea rolului, locului, condițiilor și efectelor acestei instituții ca bază sau fundamenta per a contrario a răspunderii penale subiective orientându-se spre aplicarea legislației penale în strictă corespundere cu principiile subiective care au determinat, condiționat și promovat actul prejudiciabil comis.*

Semnificația teoretică a investigațiilor științifice a constat și în faptul că anume aceste rezultate și pot servi ca un reper pentru stabilirea și aprecierea adecvată a iresponsabilității penale în cazul diferitor categorii de infractori, priviți prin prisma unor aspecte obiectiv-subiective și o abordare complexă, corelată la un nivel interdisciplinar, pentru o mai bună prevenire individuală și resocializare a persoanelor în general și cu deficiențe psihice în special.

Valoarea aplicativă. Cercetarea științifică se înglobează și se integrează generalității și principalității reglementărilor juridice în materia investigată, realizându-se o combinație dintre teoria și practica dreptului, pentru ca, în cele din urmă, să-și aducă aportul atât la clarificarea unor alegeri sau opțiuni, puncte de vedere din doctrină, abordabile la înlăturarea unor soluții ale jurisprudenței incorecte la soluționarea unor probleme de drept, întru stabilirea unor practici judiciare unitare, sau univoce și omogene în cadrul materiei date, cât și la perfecționarea prevederilor normative apreciate ca fiind necorespunzătoare în material de responsabilitate, iresponsabilitate penală și cele cu responsabilitate redusă.

Implementarea rezultatelor științifice. Lucrarea în cauză ar putea constitui un punct de sprijin atât în desfășurarea activității didactice, cât și în cea a practicii judiciare a juriștilor preocupați de tematica personalității infractorului. Concepțiile și concluziile care au stat la baza prezentei teze de doctorat au fost expuse prin conținutul și contextul mai multor lucrări științifice, care au constituit, în același timp, subiectul unor expuneri științifice prezentate la conferințe științifice naționale și internaționale, precum și la ședințele catedrei Drept Public a Universității Libere Internaționale din Moldova în anii 2008-2020.

АННОТАЦИЯ

БАНУ(ШОМИКУ) Марчела, „НЕВМИНЯЬОСТЬ В УГОЛОВНОМ ЗАКОНЕ”, Диссертация на соискание ученой степени доктора права, Специальность 554.01 – Уголовное право и уголовно-исполнительное право. Кишинёв, 2022

Структура диссертации: введение, 3 главы, общие выводы и рекомендации, библиография состоящая из 384 наименований, 183 страниц основного текста. Результаты опубликованы в 11 научных работах.

Ключевые слова: личность, невменяемость, вменяемость, ограниченная вменяемость, личность преступника, индивидуальная профилактика, общая профилактика преступников и преступлений.

Область исследования: диссертация относится к области уголовного права, в особенности, к основной части, а также специальной части криминологии и юридической психологии.

Цель диссертационного исследования и задачи исследования: анализ научных материалов, опубликованных в Республике Молдова и других странах, в отношении невменяемость, вменяемость, ограниченная вменяемость; уточнение границ понятийного разграничения юридических категорий уголовной ответственности, невменяемости и вменяемости; выявление и концептуальное уточнение соотношения преступной невменяемости и причин, снимающих преступный характер деяния (оправдательных причин); доктринальное толкование дел, снимающих или исключающее уголовную ответственность; теоретическая оценка концепции ограниченная вменяемость; научная оценка условий, критериев и последствий уголовной невменяемости; исследование законодательства РМ и международного права в вопросе институционального обоснования правовой категории невменяемость и; научное выявление и исследование стадий судебно-психиатрической экспертизы взрослого человека, а также многочисленных нюансов, направленных на уголовно-процессуальные аспекты судебной экспертизы; теоретико-практическая оценка психиатрической помощи в Республике Молдова; анализ двуличного поведения с судебно-медицинской точки зрения; представление комплекса выводов и рекомендаций с целью приведения уголовного законодательства в соответствие с принципом эффективности уголовно-правового акта в контексте причинения вреда деяниями, совершенными в состоянии невменяемость и лицами с ограниченной вменяемость.

Научная новизна и оригинальность результатов и полученных выводов исследования: Научная новизна и оригинальность. Докторская диссертация формируется путем продвижения инновационных, синтетических и междисциплинарных подходов и обзоров уголовной невменяемости и понятий, которые связывают ее с системой уголовного права. Докторская диссертация является одним из немногих исследований в этом научном аспекте, в котором речь идет о комплексной трактовке аспектов, связанных с уголовной невменяемость. Инновационно оценивать через новую концептуальную трактовку уголовной невменяемости применительно к действующему законодательству Республики Молдова и Румынии, причем эта уголовно-правовая трактовка настраивается за счет сложных и многогранных интерпретаций некоторых определений или выражений, присущих данному анализируемому предмету.

Решенный важный научный вопрос состоит в разработке комплексной и тщательной концептуальной основы уголовной невменяемости (с учетом существующей нормативной базы, судебной практики по данному вопросу, а также передовой законодательной практики), что привело к выявлению некоторых нормативных недостатков и некоторых практических трудностей квалификации таких преступлений и, как следствие, внесение законодательных предложений, способных способствовать совершенствованию нормативной базы, именно с целью ориентировать правоприменителей на правильную квалификацию преступления совершенными в состоянии невменяемость и лицами с ограниченной вменяемость.

Теоретическая значимость и практическая применимость результатов исследования. Теоретическая значимость и прикладная ценность работы заключаются в разработке и научном обосновании понятийного аппарата уголовной невменяемости, что способствует выяснению роли, места, условий и следствий этого института как основы *per a contrario* субъективной уголовной ответственности, ориентированной на применение уголовного законодательства в строгом соответствии с субъективными принципами уголовной ответственности, определившими, обусловившими или способствовавшими совершенному социально опасному деянию. Теоретическая значимость научных исследований заключалась еще и в том, что полученные результаты могут служить ориентиром для установления и адекватной оценки уголовной невменяемости в отношении разных категорий преступников, рассматриваемых через призму объективно-субъективных аспектов и комплексный подход, соотносимый с междисциплинарным уровнем, для более эффективной индивидуальной профилактики и ресоциализации людей вообще и с умственной отсталостью в частности.

Практическая применимость исследования: встраивается и интегрируется в общность и принцип правового регулирования в изучаемом вопросе, добиваясь сочетания теории и практики права, чтобы, внести свой вклад как в разъяснение некоторых выборов или вариантов, точки зрения доктрины, приближающиеся к устранению некоторых решений некорректной судебной практики к решению некоторых правовых проблем, с целью установления какой-либо унитарной или однозначной и однородной судебной практики в рамках данного дела, а также к совершенствованию нормативных положений, оцененных как неадекватные с точки зрения уголовной ответственности, деяниями совершенными в состоянии вменяемость, невменяемость и лицами с ограниченной ответственностью.

Апробация результатов диссертационного исследования: Полученные результаты являются важной вехой как в дидактической, так и в практической деятельности юристов заинтересованных в личности правонарушителя. Основные понятия и выводы диссертации были выстроены на основании ряда научных работ, в то же время предметом докладов, представленных на национальных и международных научных конференциях, а также на заседаниях кафедры Публичного Права в Международном Независимом Университете Республики Молдова в течении 2008-2020 г.

ANNOTATION

BANU (SOMICU) Marcela. CRIMINAL IRRESPONSIBILITY. Doctoral thesis in law. Chisinau, 2022.

Scientific specialty: 554.01 - Criminal and criminal executive law.

Structure of the thesis: introduction, 3 chapters, recommendations and general conclusions, bibliography of 384 titles, 3 appendices, 183 pages of basic text. The basic results are published in 11 scientific papers.

Key words: personality, irresponsibility, liability, reduced responsibility, personality of the offender, individual prevention, general prevention of offenders and crimes.

Field of study. The doctoral thesis has an interdisciplinary description, belonging to the field of criminal law, criminology and forensic psychology.

Purpose and objectives of the paper. *The purpose of the thesis* - the legal-criminal analysis of irresponsibility in the light of the regulations, in this matter, adopted in the Republic of Moldova and Romania, as well as under the assumption of a set of knowledge of a psychological, criminological nature, forensic psychiatry, legal medicine, etc.

Research objectives: analysis of scientific materials published in the Republic of Moldova and in other states, regarding liability, irresponsibility and reduced responsibility; clarifying the boundaries of the conceptual delimitation between the legal categories of criminal liability, responsibility and irresponsibility; identification and conceptual clarification of the correlation between criminal irresponsibility and the causes that remove the criminal character of the act (justifying causes); the doctrinal interpretation of the cases that remove criminal liability; theoretically evaluating the concept of reduced responsibility; scientific evaluation of the conditions, criteria and effects of criminal irresponsibility; the research of the Republic of Moldova and international legislation in the matter of the institutional foundation of the legal category of irresponsibility; scientifically identifying and investigating the stages of the medico-legal psychiatric expertise of the adult, as well as the multiple nuances, which aim at the procedural-criminal aspects regarding the judicial expertise; theoretical-practical evaluation of psychiatric assistance in the Republic of Moldova; analysis of duplicitous behavior from a medico-legal perspective; the submission of a set of conclusions and recommendations, in order to adjust the criminal legislation to the premise of streamlining the criminal justice act, in the context of prejudicial acts committed by irresponsible persons and with reduced responsibility.

Scientific novelty and originality. The doctoral thesis outlines by promoting innovative, synthetic and interdisciplinary approaches and overviews of criminal irresponsibility and the notions that interconnect it with the criminal law system. The doctoral thesis enlists amongst the few studies in this scientific aspect, which refers to the complex treatment of aspects related to criminal irresponsibility. It is innovative the appreciation of a new conceptual treatment of criminal irresponsibility in relation to the legislation in force of the Republic of Moldova and Romania, this legal-criminal treatment being configured through complex and multifaceted interpretations of some definitions or expressions incident of this analyzed subject.

Important scientific solved problem consists in the elaboration of a complex and thorough conceptual framework regarding criminal irresponsibility (taking into account the existing normative framework, the judicial practice in the matter, as well as the good legislative practices), a fact that led to the highlighting of some normative deficiencies and some practical difficulties of classifying such crimes and, consequently, to the proposal of legislative suggestions capable of contributing to the improvement of the normative framework, precisely to direct the practitioners of criminal law towards a correct qualification of crimes committed in a state of liability, reduced responsibility and irresponsibility.

Theoretical importance and the applied value of the paper reside in the elaboration and scientific substantiation of the conceptual framework regarding criminal irresponsibility, a fact that contributes to the clarification of the role, place, conditions and effects of this institution as the basis or fundamentals *per a contrario* of subjective criminal responsibility, oriented towards the application of criminal legislation in strict accordance with the subjective principles that determined, conditioned and promoted the prejudicial committed act.

Theoretical significance of the scientific researches also consisted in the fact that these results can serve as a reference for the establishment and appropriate assessment of criminal irresponsibility in the case of different categories of offenders, viewed in the light of objective-subjective aspects and a complex approach, correlated to an interdisciplinary level, for better individual prevention and resocialization of people in general and with mental deficiencies in particular.

Application value. Scientific research is embedded and integrated into the generality and principle of legal regulations in the investigated matter, achieving a combination of the theory and practice of law, in order to, in the end, bring its contribution both to the clarification of some choices or options, points of view from the doctrine, approachable to the removal of some solutions of incorrect jurisprudence to the settlement of some legal matters, in order to establish some unitary, or univocal and homogeneous judicial practices within the given matter, as well as to the improvement of the normative provisions assessed as being inadequate in terms of liability, criminal irresponsibility and those with reduced responsibility.

Implementation of scientific results. The paper might be a support both in the teaching activity and in the judicial practice of lawyers preoccupied of the offender's personality. The concepts and conclusions that were the basis of this doctoral thesis were exposed through the content and context of several scientific papers, which were, at the same time, the subject of scientific presentations presented at national and international scientific conferences, as well as at the meetings of the Public Law department of the Free International University of Moldova (ULIM) during 2008-2020.

LISTA ABREVIERILOR

Alin.	- alineat
apud	- citat după
art.	- articol
ASEM	- Academia de Studii Economice din Moldova
AȘM	- Academia de Științe a Moldovei
B.Of.	- Buletin Oficial
CP	- Cod Penal
CPP	- Cod de Procedură Penală
CA.	- Curtea de Apel
CD	- Culege de decizii
CtEDO	- Curtea Europeană a Drepturilor Omului
CPJ	- Culegeri de practică judiciară
CSI	- Comunitatea Statelor Independente
Dec.	- decizie
Dreptul	- Revista Dreptul
Ed.	- Editură
jud.	- judecătorie
MO	- Monitor Oficial
OG	- Ordonanță a Guvernului
ONU	- Organizația Națiunilor Unite
OUG	- Ordonanța de urgență a Guvernului
nr.	- număr
p.	- pagina
pp.	- paginile
parag.	- paragraf
pct.	- punct
PIB	- produs intern brut
RM	- Republica Moldova
RDP	- Revista de Drept Penal
RRD	- Revista Română de Drept
sect. pen.	- secție penală
sent. pen.	- sentință penală
Trib.	- Tribunal
Trib. Supr.	- Tribunal Suprem
Trib. jud.	- Tribunal județean
ULIM	- Universitatea Liberă Internațională din Moldova
UNBR	- Uniunea Națională a Barourilor din România

LISTA FIGURILOR:

Anexa 1 - Acte procesuale și alte documente relevante

- Anexa 1.1. Ordonanțele de dispunere a efectuării expertizelor – p.199
Ordonanța cu privire la dispunerea expertizei psihiatrice-judiciare de staționar – p.199-200
Ordonanța cu privire la dispunerea expertizei psihiatrice-judiciare de staționar – p.201
Ordonanța cu privire la dispunerea expertizei psihiatrico-judiciare ambulatorie – p. 202
Demers privind dispunerea efectuării expertizei psihologico-psihiatrice staționar – p.203
Încheiere pentru efectuarea expertizei medico-legale psihiatrice în condiții de staționar – p.204
Scrisoarea de însoțire, Spitalului Republican de Psihiatrie – p.205
Anexa 1.2. Acordul informat al persoanei expertizate la examinarea medicală – Model – p.206
Anexa 1.3 Raport de expertiză – p. 207
Anexa 1.4. Raport de expertiză medico-legală psihiatrică – p.209
Anexa 1.5. Interviu cu medicul psihiatru, șeful secției de expertiză medico-legală ambulatorie al Spitalului Clinic Republican de Psihiatrie, expert judiciar – p.211
Anexa 1.6. Ordonanță privind trimiterea cauzei în instanța judecătorească în vederea aplicării măsurilor de constrângere cu caracter medical – p. 212
Anexa 1.7. Ordonanță de încetare a urmăririi penale în privința minorului – p.213
Anexa 1.8. Ordonanță cu privire la dispunerea expertizei medico-judiciare de stabilire a vârstei – p. 214
Anexa: Clasificarea tulburărilor psihice conform DSMIV și ICI): ambele sunt sisteme de diagnosticare operațională care clasifică tulburările psihologice în funcție de numărul simptomelor – p.216
Anexa: Modul de simulare a unor boli de către condamnați – p.214
- Anexa 2 - Formulă de calcul a forței emoțiilor și schema funcțională a stărilor afective – p.215**
- Anexa 2.1. Formulă de calcul a forței emoțiilor – p. 215
Anexa 2.2. Schema funcțională a stărilor psihice afective – p.215
- Anexa 3 - Analiza statistică a infracțiunilor comise în stare de ebrietate și prin consumul de droguri și în stare de minorat – p. 216**
- Anexa 3. (sursa - mai.gov.md) – p. 217-218
Anexa: Clasamentul mondial al consumului de alcool în 2018, exprimat în litri de alcool etilic pur pe cap de locuitor, calculat de Organizația Mondială a Sănătății – p. 219
Anexa: Date statistice referitoare la bolnavii dependenți de alcool și substanțe narcotice, 1998/2020, în Republica Moldova – p. 220
Anexa: Date statistice referitoare la bolnavii dependenți de alcool și substanțe narcotice, 2010/2018, în Republica Moldova prelucrate de autoare în baza datelor Biroului Național de Statistică al Republicii Moldova [sursa. <http://www.statistica.md/>] – p. 221
Anexa: Dinamica criminalității minorilor 2007-2018 – p. 222
Anexa: Vârsta criteriu de maturitate, discernământ și responsabilizare (sursa studiu în teren) – p. 223
Anexe: Sondaj: Cum credeți care sunt factorii de formare a unui comportament criminal? – p. 224
Anexe: Sondaj: Credeți că cei condamnați sunt social periculoși? (studiu personal) – p. 225
Anexa: Cu tabelul: Statistici privind crimele femeilor, în funcție de vârstă - zona urbană, 2000/2019 sursa. <http://www.statistica.md/> – p. 226
Anexa: Cu tabelul: Statistici privind comiterea de infracțiuni de către femei, în funcție de vârstă - mediul rural, 2000/2019 – p. 226
Anexa: Cu tabelul: Date statistice - femei înregistrate pentru prima dată (alcoolism), 2000/2018 – p. 226

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța temei abordate. Conform alin.(3) art.1 din Constituția Republicii Moldova „RM este un stat de drept, democratic, în care demnitatea omului, drepturile și libertățile lui [...] sunt valori supreme și sunt garantate” [1].

Având în vedere acest deziderat, constatăm că scopul pedepsei penale, constând în corectarea condamnatului, restabilirea echității sociale, prevenirea săvârșirii de noi infracțiuni, inclusiv, din partea condamnatului, poate fi atins doar prin aprecierea corespunzătoare a celor comise, fără o subapreciere sau o supraapreciere a celor săvârșite [22].

Atestăm interferențe clare între principiile dreptului penal care sunt prevăzute în CP al RM: „... interpretarea extensivă defavorabilă și aplicarea prin analogie a legii penale sunt interzise” (alin.(2) art.3 CP RM) [2]; „persoana este supusă răspunderii penale și pedepsei penale numai pentru fapte săvârșite cu vinovăție” (alin.(1) art.6 CP RM) [2].

Chestiunea sau problema responsabilității ori a lipsei de responsabilitate a persoanei în planul judecării medico-legale este una de o mare importanță pentru *gestionarea justă a actului de justiție*. Posibilitatea de a stabili dacă un subiect este ori nu este responsabil în raport cu actele antisociale săvârșite asigură eventualitatea unei judecări obiective și corecte. Miza adevărată, în situațiile în care se dubitează asupra capacității acuzatului de a fi responsabil pentru faptele comise, constă în probarea științifică riguroasă a unei patologii de natură să anuleze posibilitatea acestuia de a distinge între bine și rău. În mod rezumativ trebuie de demonstrat că există o alterare masivă a capacității de opțiune axiologică în ceea ce îl vizează pe inculpat, deci de înțelegere și respectare a legii.

Teza respectivă de doctorat se impune prin promovarea unor anumitor **viziuni inovatoare de ansamblu**, sintetice și interdisciplinare, asupra instituției iresponsabilității penale și a noțiunilor care o interconectează la sistemul normativului penal. Lucrarea de doctorat se înscrie printre studiile puține la număr în acest aspect științific, care se referă la tratarea complexă a aspectelor legate de iresponsabilitatea penală. Este inovațională aprecierea, printr-un tratament conceptual nou, a iresponsabilității penale în raport cu legislația în vigoare a RM și a României, acest tratament juridico-penal fiind configurat prin interpretări complexe și multiaspectuale a unor definiții ori expresii incidente acestui subiect analizat.

Iresponsabilitatea penală a fost abordată într-un cadru sistemic, și anume cel al dimensiunii subiective de ansamblu a infracțiunii. În context, au fost determinate anumite limite funcționale ale iresponsabilității penale și mecanismul funcțional de apreciere al acestuia în raport cu unele dintre instituțiile dreptului penal și extrapenale, precum și cu unele reglementări conexe. Anume prin acest ultim pas s-a extins și dezvoltarea acestui sistem de reglementare a vinovăției penale - ca element al infracțiunii și ca semn al conținutului infracțiunii, oferindu-se posibilitatea unei eficiente aplicări a respectivului cadru normativ în materie de răspundere penală pentru infracțiunile săvârșite și în strictă respectare a limitelor vinovăției admise. De asemenea, s-a făcut și o tentativă, sperăm reușită, de a se stabili determinantele funcționale ale stărilor psihice emotive și afective la comiterea infracțiunii [68].

În opinia noastră, toate cele sus-menționate creează premise sigure de a aborda multiaspectual, complex și integrat problema iresponsabilității penale, dar și o protecție juridico-penală adecvată și corespunzătoare a acestor tipuri de persoane cu dizabilități cu handicap mintal.

Încadrarea temei în preocupările internaționale, naționale și zonale o constituie sugestiile și reflecțiile, opiniile savanților cercetătorilor din cadrul jurisprudenței (dreptului penal, criminologiei, psihologiei juridice, criminalistică etc.), dar și a altor discipline precum și cele ale filosofiei, sociologiei, psihologiei.

Vorbim aici despre principiile etice generice sau generale în materia care se fundamentează pe relația dintre medic și pacient, adică bolnav psihic care de fapt se regăsesc în cadrul declarației Asociației Medicale Mondiale (în continuare AMM). Acestea sunt publicate în cadrul celei de 47-a Adunări Generale de la Bali, din Indonezia din 1995 [16].

De fapt, referindu-ne de altfel la pericolul social al bolnavului psihic pentru societate și despre expertizele medico-legale se pot conchide câteva aspecte:

- Trăsăturile de caracter de cele mai multe ori reflectă potențialul criminogen care se poate observa la rândul său prin multiple tulburări de comportament ceea ce și îi conturează de fapt personalitatea bolnavului psihic. Cu alte cuvinte constatarea unei discrepante sau lipsei de corelație dintre caracter și izbucnirile temperamentale, lipsa de reținere, inhibiției, stăpânirii interne, constatarea unei fragile sau imature voințe și afectivitate etc.;

- Aspectul antisocial poate fi apreciat în mod complex de o inadaptabilitate continuă și un caracter patologic deosebit de alți indivizi;

- Caracterul actelor antisociale este total negândit, spontan, fără o careva logică de pregătire pentru a reuși sau finaliza cele propuse să se realizeze;

- Răutate și agresivitate sporită, caracterizată printr-o răbufnire spontană etc.

Dacă este să facem o îmbinare dintre această personalitate dizarmonioasă și starea de narcomanie (beție rece) sau beție (caldă) s-ar putea face unele corelațiuni și anume:

- La bolnavul psihic se pot constata, anume tendințe specifice ce pot fi apreciate la nivel medico-legal și psihiatric, respectiv [343]:

- din cauza deficitului în cadrul personalității a unor sentimente moral-sociale se scoate vădit în evidență o tendință de a face rău;

- manifestarea bravadei față de pericole, scoaterea în exces în evidență a personalității în fața societății mai ales perioada post-delictum;

- simularea post-delictum;

- încăpățănarea, îndărătnicia, inadaptabilitatea create în anumite condiții propice de societate, lipsa de supraveghere sau recidivarea lor deja;

- evoluția stărilor de malignitate sau de gravitate a faptelor social periculoase la activitățile infracționale.

Așadar pericolul social al infractorului cu tulburări psihice este evident constatat prin expertizele medico-legale psihiatrice mai ales la depistarea psihopaților și la stabilirea și dispunerea

sau aplicarea măsurilor de siguranță cu caracter medical conform legislației existente.

Statutul Tribunalului Militar Internațional de la Nürnberg pentru crimele aflate sub jurisdicția sa nu a admis nici o apărare fondată pe cauze care ar exclude caracterul infracțional al faptei: fapte justificative, după unele sisteme de drept sau apărări, după altele.

Convențiile internaționale ulterioare cum ar fi: Convenția asupra genocidului 1948 [12]; Convențiile de la Geneva 1949 [7] și Protocoalele adiționale 1977 [11]; Convenția asupra apartheidului 1948[8], de asemenea, au exclus apărările cu efect exonerator de răspundere.

În cadrul cercetării este realizată analiza mai multor opinii doctrinare relevate în legătură cu tematica tezei. În mod special, au fost cercetate lucrările următorilor autori: din Republica Moldova, România, Federația Rusă, Franța, Statele Unite ale Americii, Marea Britanie, etc. Respectiv îi menționăm pe A. Borodac, I. Macari, S. Brînză, X. Ulianoschi, A. Mariș, C. Florea, S. Botnaru, A. Șavga, V. Grosu, M. Grama (din Republica Moldova), V. Dongoroz, Antoniu, M. Basarab, F. Streteanu, G. I. Mircea, Gh. Mateuș, L. Biro, C. Bulai, V. Pasca, C. Mitrache, T. Toader, V. Papadopol, M. Apetrei, I. Pascu, C. Drimer, C. Butiuc, A. Boroi, A. Dineu, V. Dobrinioiu, I. Dobrinescu, Șt. Daneș, J. Grigoraș, G. Râpeanu, O. Loghin, A. Filipaș, Ch. Nistoreanu, I. Molnar, V. Lazăr, A. Ungureanu, I. Tănăsescu, N. Giurgiu, O.-A. Stoica, C. Stegăroiu, M. Zolyneak, T. Pop, I. Tanoviceanu, N.-T. Buzea (din România), V. Iacușin, V. Cudreavțev, I. Cozacichina, A. Naumov, B. Curinov, G. Crigher, S. Borodin, N. Cuznețov, N. Taganțev, V. Luneev, O. Dubovic, I. D. Cotov, A. Piontcovschii, Filianovschii, S. Tararuhin, A. Rarog, B. Volcov, V. Tcacenco, C. Tihonov, A. Ugrelidze, N. Zagorodnicov, B. Zdravomâslov, (din Federația Rusă), F. Antolisei, G. Fiandaca, G. Bettiol, H. H. Jescheck, E. Musco, F. Mantovani, R. Maurach, V. Manzini, A. Miriska, R. Maurach, F. Curi, C. Birnbaum, P. Bordessoule, J. Robert, B. Hogan, I. C. Smith, C. Elliot, H. Lecrec, R. Panain, F. Quin, A. Vitu, R. Merle, G. Ștefani, B. Bouloc, G. Lévassieur, Donnedieu De Vabres F. Desportes, J. Pradel, J. Wessels, F. W. Bless, (din alte state) etc.

Vorbind despre **scopul** și **obiectivele** tezei menționăm: Astfel scopul tezei de doctorat a constat în analiza juridico-penală a iresponsabilității prin prisma reglementărilor în această materie adoptate în RM și România, precum și în ipoteza unui ansamblu de cunoștințe de natură psihologică, psihiatrie judiciară, criminologică etc.

Scopul lucrării constă în realizarea unei cercetări teoretico-practice temeinice axate pe starea de iresponsabilitate a persoanelor care au comis sau comit infracțiuni și/sau stările conexe sau tangente ei, afiliate dar distincte sau care au sau pot avea influență la modalitățile de individualizare a infracțiunii, sau în stabilirea specificului de calificare a unor forme sau categorii de infracțiuni, precum și în identificarea și/sau soluționarea dificultăților practice în procesul de apreciere a ei.

Rezultând din conținutul **scopului propus**, au fost operante mai multe **sarcini (obiective) ale cercetării**, în special:

- analiza materialelor științifice publicate în RM și în alte state referitor la responsabilitate, iresponsabilitate și responsabilitatea redusă;
- clarificarea limitelor de delimitarea conceptuală între categoriile juridice de răspunderea

penală, responsabilitate și iresponsabilitate;

- identificarea și clarificarea conceptuală a corelației între iresponsabilitatea penală și cauzele care înlătură caracterul penal al faptei (cauzele justificative);

- interpretarea doctrinară a cauzelor care înlătură responsabilitatea penală;

- evaluarea teoretică a conceptului de responsabilitate redusă;

- evaluarea științifică a condițiilor, criteriilor și efectelor iresponsabilității penale;

- cercetarea legislației RM și a celei internaționale în materia fundamentării instituționale a categoriei juridice de iresponsabilitate;

- identificarea și investigarea științifică a etapelor expertizei medico-legale psihiatrice a adultului, precum și a multiplelor nuanțe care vizează aspectele procesual-penale privind expertiza judiciară;

- evaluarea teoretico-practică a asistenței psihiatrice în RM;

- analiza comportamentului duplicitar din perspectiva medico-legală (în special tulburările de personalitate, criteriile de diagnosticare în tulburările de personalitate, beția, intoxicația cu substanțe toxice etc.);

- înaintarea unui ansamblu de concluzii și recomandări în vederea ajustării legislației penale la premisa eficientizării actului de justiție penală în contextul faptelor prejudiciabile comise de către persoanele iresponsabile și cu responsabilitate redusă.

Ipoteza cercetării se bazează pe analiza juridico-penală a iresponsabilității prin prisma reglementărilor în această materie adoptate în RM și România, dar și aprecierea ei printr-un ansamblu de cunoștințe furnizate pentru o mai profundă, justificată și adecvată constatare și apreciere de natură psihologică, psihiatrică judiciară, criminologică, de proces penal și/sau criminalistică etc. Astfel aplicarea normei juridico-penale ar asigura o interpretare univocă și o aplicare adecvată a reglementărilor referitoare la aceasta. Deoarece trebuie să apreciem că în cadrul legal al normei juridico-penale al RM dar și a României se poate uneori determina că interpretarea și aplicabilitatea normei asupra categoriei juridice de iresponsabilitate sunt uneori contradictorii sau echivoce ori chiar ambigue uneori.

Ipoteza cercetării este bazată pe presupunerea, conform căreia:

- nu doar stabilirea caracterului afectului (fiziologic sau patologic), dar și diferențierea lui de unele manifestări patologice ale psihicului, sau de alte manifestări emotive sau de alte configurații, care nu tot timpul contribuie la dereglări de conduită. Ori asemenea dimensiuni, precum starea de afect și a aprecierii lui prin prisma calităților psiho-individuale ale subiectului, sau a manifestărilor psiho-fiziologice în momentul cercetat, sau a comportamentului post-afectiv care uneori comportă similitudini cu starea de iresponsabilitate;

- se impune includerea în uzul normativ al CP RM a instituției *cauzelor de neimputabilitate* din perspectiva *armonizare a legislației penale naționale cu cea a țărilor din Uniunea Europeană* (italiană, spaniolă, germană, franceză, belgiană etc.). Se consideră necesar de reglementat în CP a RM trei cauze care exclud responsabilitatea: iresponsabilitatea, beția și minoritatea, care urmează a fi denumite *cauze de neimputabilitate*;

- în CP a RM nu se reglementează adecvat și suficient trimiterea la tratament prin constrângere până la ieșirea din starea *psihotică*, cu rezolvarea ulterioară a responsabilității sau iresponsabilității persoanelor care s-au îmbolnăvit de ***o boală psihică după comiterea infracțiunii***;

- deseori aceste persoane fiind numite la expertiza legală psihiatrică rămân timp îndelungat arestate în așteptarea deciziei judecătii ***pentru a fi eliberate de sub arest și îndreptata la tratament*** ce după noi constituie o încălcare a art. 3 CEDO;

- legislația procesual-penală în vigoare, care prevede efectuarea cercetării în cauzele cu privire la săvârșirea faptelor socialmente periculoase de către persoanele recunoscute iresponsabile și aplicarea față de ei a măsurilor de constrângere cu caracter medical nu reglementează pe deplin unele probleme, fapt care impune identificarea anumitor coerențe de ordin aplicativ ce duc evident la încălcarea art. 7 CEDO;

- în CP a RM se recomandă soluționarea problemei eficientizării răspunderii penale în anumite cazuri, prin includerea în legea penală a unor reglementări referitoare la situația de exonerare de răspundere penală în anumite cazuri, în special în cazul beției involuntare complete;

- în CP a RM s-ar impune prevederea excluderii aplicării dispozițiilor legii penale datorită iresponsabilității persoanei care a consumat alcool și care se află într-o stare tulbură a conștiinței sale și a săvârșit o infracțiune;

- responsabilitatea trebuie raportată la diferite categorii de infracțiuni: săvârșite în stare de ebrietate, săvârșite în stare de afect, nepenalizarea cauzelor cu implicarea persoanelor grav bolnave etc.

- sunt de asemenea necesare anumite cercetări asupra iresponsabilității penale cu anumite aspecte conexe procesual-penale privind expertiza psihologico-judiciară, cu diferite tipuri de expertiză psihologică judiciară, precum și anumite elemente care vizează legislația internațională referitoare de asemenea la iresponsabilitatea penală;

- există încă un complex de probleme determinate, care invocă specificul procedurii penale în cauzele care vizează persoanele cu anomalii psihice și se recomandă evidențierea în capitol separat al CPP RM: „Procedura penală specială în cauzele privind persoanele care au comise infracțiuni fiind cu anomalii psihice”.

Sinteza metodologiei de cercetare și justificarea metodelor de cercetare alese. Pentru a se realiza scopul propus și a obiectivelor menționate au fost utilizate mai multe metode de cercetare științifică: metoda istorică, metoda comparativă, metoda logică, inducția, deducția, analiza statistică, metoda interviului, metoda sistemică, metoda empirică metoda de cercetare sociologică etc. Cercetările întreprinse se bazează pe studierea doctrinei penale, extrapenale și interdisciplinare a practicii instanțelor judecătorești atât din România, cât și din Republica Moldova, cât și a celeia de la CtEDO. Ca punct de reper ne-a servit legislația României și cea a Republicii Moldova, și legislațiile penale a unor state străine ceia ce ține, bineînțeles, să vizeze problematica iresponsabilității penale.

Metodele de cercetare, folosite în scopul determinării afectului fiziologic: observația, testele pentru abilități senzo-motorii, de atenție, de memorie, de aptitudini, inteligență, de determinare a

însușirilor psihice, de personalitate etc. Un grup distinct îl alcătuisse testele proiective Rorschach, T.A.T., Szondi, Rozenzweig etc. inventarele de personalitate - M.M.P.I. ș.a.

Respectiva cercetare a iresponsabilității penale pornit și s-a fundamentat și pe informațiile din actele internaționale, a actelor normative, dar și a celor subordonate legilor, a actelor departamentale, dar și a studiilor științifice; monografice, manuale, studii, reviste, foruri științifice etc.

Un loc deosebit în cadrul studiului efectuat a deținut-o metoda comparativă și cea empirică. Astfel, metoda comparativă a fost utilizată în procesul delimitării între ele, a noțiunilor de responsabilitate, iresponsabilitate și responsabilitate redusă în diferite reglementări penale a diferitor țări.

Nu în ultimul rând, metoda comparativă a contribuit la identificarea unor practici legislative bune în materia iresponsabilității penale, consemnate în legislațiile unor state străine.

Codul penal al României, SUA, Poloniei, Belgiei, Greciei, Spaniei, Austriei, Germaniei, Cehiei, Franței, Italiei, Portugaliei, Slovaciei, Ungariei, Japoniei, Federației Ruse etc.

Menționăm că și metoda empirică a fost folosită abundant. În acest sens, precizăm că o parte din cercetarea efectuată este centrată pe analiza practicii judiciare în materia iresponsabilității penale. La concret, au fost supuse analizei mai multe hotărâri judecătorești (sentințe, decizii etc.).

Pentru a se putea demonstra **ipoteza existentă** a fost întreprinsă o cercetare empirică sub formă de chestionare, date statistice, acte procedurale și procesuale întocmite de către organele competente. Scopul acestora a fost de a se putea identifica problema și ilustra caracterul pluridisciplinar și complex al tematicii vizate și studiate de către noi în teza de doctorat, precum și prin analiza cantitativă și calitativă a datelor pentru a se putea efectua reformularea respectivei ipoteze științifice respingerea sau acceptarea ei. A fost, în acest sens, utilizată ancheta sociologică în bază de chestionar și a celeia de sondajul de opinie, date statistice, scheme ilustrative elaborate de către noi personal etc., ca metoda cantitativă de studiu.

Investigațiile multiple nu doar că au facilitat sau au ajutat la abordarea unor ipoteze științifice dar și au favorizat apariția unor concepte noi, dar, în și mai multe privințe, au determinat menținerea respectivului curs al respectivului demers științific și au facilitat formularea unor concluzii de rigoare, și au creat condiții sau căi optime asupra investigației științifice respective. La elaborarea respectivei teze au fost utilizate multiple metode cum ar fi: metoda psihologică, metoda logică (deductivă, inductivă), metoda sociologică, metoda statistică, metoda istorică care explică comportamentul făptuitorului, precum și alte metode juridice (metoda formal-juridică și concret-sociologică, metoda comparativă, analiza complexă și interpretativă a actelor normative). La cercetarea în cauză tot ca punct de plecare ne-au servit dreptului penal și execuțional penal, a criminologiei generale, a criminologiei clinice, sursele psihologiei juridice), iar analiza izvoarelor s-a efectuat în conformitate cu principiul obiectivității, la care fiind utilizate datele statistice ce se referă la fenomenul criminalității din RM.

Sumarul compartimentelor tezei:

În *Capitolul 1* – „**Analiza materialelor științifice referitoare la responsabilitatea/**

iresponsabilitatea penală” este realizată analiza mai multor opinii doctrinare relevate în legătură cu tematica tezei. În mod special, au fost cercetate lucrările următorilor autori: S. Botnaru, A. Șavga, V. Grosu, M. Grama, A. Mariș, Grosu V., D. Baltag, A. Nacu, Al. Nacu A. Nacu Al. Nacu, V. Florea și I. Arjuc, X. Ulianovschi, C. Barbacar, M. Avram, C. Rusnac, S. Brînză, V. Bujor, T. Popovici, V. Cobășneanu, N. Oprea, A. Nacu, M. Revenco (*Republica Moldova*); V. Dongoroz, I. Oancea, S. Kahane, N. Drughescu, I. Moraru și V. Predescu, C. Bulai, V. Beliș, G. Nistoreanu și A. Boroii, V. Hanga, I. Tănăsescu, C. Tănăsescu, G. Tănăsescu, L. Uța și C. Jora (*România*); H. Barte și G. Ostapzeff, C. Virginie, M. Ellenberger (*Franța*); M. Gidilenco, I. Faber, I. Filanovschi, M. Isaev, N. Cuznețov, O. Cherbicov, U. Candinschi, U. Serbschi, N. Taganțev, E. Holodovscaia, D. Lunț, T. Ceceli, A. Homovschi, V. Cudreavțev, N. Malein, G. Morozov, F. Safuanov, C. Ivanov, M. Carlov, autorii N. Jaricov, G. Morozov, D. Hritinin (*Federația Rusă*); M. Calășnic, V. Lebedinschi, D. Moghiliovscaia, V. Trahterov (*Ucraina*). Respectiv,

Capitolul 1 – „Analiza materialelor științifice referitoare la responsabilitatea/iresponsabilitatea penală” conține: 3 paragrafe (1.1. Analiza cercetărilor științifice de referință în materia clarificării conceptuale a iresponsabilității penale, publicate în Republica Moldova și România; 1.2. Analiza unor reglementări penale și a lucrărilor științifice cu privire la responsabilitatea și iresponsabilitatea penală adoptate sau publicate în literatura de specialitate din alte state; 1.3. Concluzii la Capitolul 1). Operându-se, cu literatura de juridico-penală sau de specialitate din RM, România, Federația Rusă, Franța, SUA, Marea Britanie, Italia, etc., unde sunt sau se stabilește un anumit rol și loc al noțiunilor, definițiilor, concepțiilor referitoare la iresponsabilitatea penală, iresponsabilitatea și responsabilitatea redusă. După multiple polemici și științifice, respectiv întâi la nivel doctrinar, și apoi în mod practic, s-a ajuns la o etapă de recunoaștere a efectului exonerator al iresponsabilității de răspundere penală, astfel, iresponsabilitatea penală apreciindu-se ca un caz care înlătură răspunderea penală. Mai apoi s-a invocat consacrarea pe cale legislativă a efectului de atenuare a răspunderii penale a instituției responsabilității reduse, aceasta într-un mod excepțional. La ora actuală, responsabilitatea redusă a fost recunoscută în unele sisteme de drept și pe cale jurisprudențială, alte sisteme au impuse de Curtea Constituțională (Italia), în timp ce în CP într-un mod mai explicit în legislația penală din Franța. Cei drept, există însă, și unele state unde problema în cauză încă nu se abordează la nivel legislativ.

Capitolul 2 – Iresponsabilitatea penală: noțiune, caracterizare, condiții cuprinde 5 paragrafe, care conțin 2 subparagrafe cum ar fi: 2.1 Responsabilitatea și iresponsabilitatea, responsabilitatea redusă în dreptul penal. Bariera între iresponsabilitate și responsabilitate. Cauze care exclud responsabilitatea penală; 2.2. Iresponsabilitatea penală și istoricul reglementării și elementele de drept comparat coraportul ei cu clauzele care înlătură caracterul penal al faptei, cauzele justificative potrivit legislației penale din România și Republica Moldova, care conține subpunctele; 2.2.1. Determinări conceptuale cu privire la noțiunea de „persoană ce suferă de tulburări psihice”; 2.2.2. Conexiuni ale iresponsabilității cu alte cauze care înlătură caracterul penal al faptei; 2.3. Noțiune și caracterizare generală a iresponsabilității penale; 2.4. Condiții și criterii de evaluare a iresponsabilității penale; 2.5. Analiza unor reglementări internaționale în materia

iresponsabilității penale; 2.6. Concluzii la Capitolul 2 toate acestea fiind prezente în capitolul dat.

Corect s-a atestat că este posibil ca starea de iresponsabilitate să preexiste și să i se coexiste sau să se suprapună cu o altă cauză care face ca fapta să nu constituie infracțiune sau să nu intre în concurs cu o astfel de cauză. Se oferă atenție separată semnelor și trăsăturilor relevante penalicește legate de stările psihice și clasificarea lor, se analizează coraportul dintre responsabilitatea socială și responsabilitatea juridică, precum și analiza sumară a conceptelor de responsabilități și iresponsabilități, precum și a conceptului responsabilității reduse în legislația RM, în particular a conceptului de iresponsabilitate după vârstă. Se interpretează, în context, stările de iresponsabilitate legate sau în corelare cu alte cauze care înlătură caracterul penal al faptei. Pe cale de efect se tratează noțiunea, caracteristica și criteriile de determinare a iresponsabilității penale. De asemenea se fac reflecții și aprecieri referitoare la unele particularități specifice ale noțiunilor de responsabilitatea, iresponsabilitatea și responsabilitatea redusă.

Capitolul 3 – Limitele interne și posibilitățile de apreciere a iresponsabilității penale conține: 3.1. Iresponsabilitatea persoanei aflate în stare de afect; 3.2. Problematika iresponsabilității în situația consumului de droguri sau băuturi alcoolice. Temeiurile pentru aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical; 3.3. „Entitățile psihice” ale personalității în limitele normal-patologic; 3.4. Aspecte procesual-penale privind expertiza psihologico-judiciare și psihiatrică privind constatarea iresponsabilității și a stărilor conexe și adiacente, care este compusă din câteva subparagrafe: 3.4.1. Generalități procesual-penale privind expertiza psihologico-judiciare și psihiatrică; 3.4.2. Efectele și aspectele procesuale ale iresponsabilității; 3.5. Actio libera in causa; 3.6. Efectele constatării iresponsabilității penale și temeiurile pentru aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical și respectiv 3.7. Concluzii la Capitolul 3 sunt prezente în paragraful dat.

După o abordare complexă a responsabilității penale prin prisma corelării cu starea de afect fiziologic și patologic, devine inerentă explicarea situațiilor nepedepsire a persoanelor iresponsabile, legate de stările de alienare apărute după comiterea infracțiunii. În context, este analizată responsabilitatea raportată la diferite categorii de infracțiuni: săvârșite în stare de ebrietate, săvârșite în stare de afect, nepenalizarea cauzelor cu implicarea persoanelor grav bolnave etc. Sunt cercetate anumite aspecte procesual-penale privind expertiza psihologico-judiciare, tipurile de expertiză psihologică judiciară, precum și anumite elemente care vizează legislația internațională referitoare la iresponsabilitatea penală.

1. ANALIZA MATERIALELOR ȘTIINȚIFICE REFERITOARE LA RESPONSABILITATEA/IRESPONSABILITATEA PENALĂ

1.1. Analiza cercetărilor științifice de referință în materia clarificării conceptuale a iresponsabilității penale, publicate în Republica Moldova și România

Responsabilitatea constituie o caracteristică fundamentală a personalității mature, normale din punct de vedere psihic. În context, urmează a se distinge dintre răspundere penală și responsabilitate. Despre responsabilitatea corect unanim se atestă că aceasta constituie o consecința a existenței unei capacități bio-psihice a individului, care este de fapt aceea de a-și da seama de caracterul prejudiciabil al faptei din partea propriei persoane și de a-și manifesta voința și de a dirija cu acțiunile sale înșiși. Răspunderea penală se manifestă sau se consideră ca o „condamnare publică” conform art. 50 CP al RM care obligă infractorul să suporte consecințele prevăzute de lege pentru infracțiunea săvârșită.

În acest sens trebuie de remarcat faptul că numai o persoană responsabilă, și respectiv, care a săvârșit o faptă (o infracțiune), cu vinovăție este și va putea fi supus răspunderii penale.

O primă lucrare analizată este cea a autorilor **S. Botnaru, A. Șavga, V. Grosu, M. Grama (Drept penal. Partea generală, 2006 [49]**. Deci, se conchide că responsabilitatea se afirmă ca o premisă a răspunderii penale. Ea este legată cu vinovăția penală doar prin intermediul componenței de infracțiune, în particular în ipoteza unor semne care clarifică subiectul și latura subiectivă a infracțiunii. Responsabilitatea reprezintă, în cele din urmă, capacitatea persoanei de a-și da seama în timpul săvârșirii infracțiunii de încălcarea normelor sociale, care sunt apărute de legea penală; de a fi în stare de a-și da seama de acțiunile sale și de a conduce cu ele. Aceasta este o cerință a responsabilității, dar nu este de ajuns, întrucât cerința în cauză este generală și neconcretă. Responsabilitatea devine premisa necesară pentru constituirea subiectului infracțiunii - persoană fizică, precum și pentru stabilirea vinovăției acestuia, tragerea la răspundere penală, pedeapsa penală [49, p. 181]. Conform art. 22 CP RM [80], responsabilitatea este definită ca fiind drept o stare psihologică a persoanei care la rândul său are capacitatea de a discerne sau de a înțelege caracterul prejudiciabil al faptei sale, dar și capacitatea de a-și manifesta voința și de a-și dirija propriile sale acțiuni [80].

După cum constată **A. Mariț (Dreptul penal. Partea generală, 2002 [13, p.94])**, caracteristica social-psihologică a responsabilității se evidențiază prin posedarea de către persoană a anumitor calități volitive și particularități emoționale ale caracterului. Acest fapt are o însemnătate deosebită pentru starea patologică și trebuie luată în vedere la determinarea responsabilității [13]. Responsabilitatea trebuie să existe anume în momentul săvârșirii faptei de către infractor a faptei sale. Iar dacă lipsește, aceasta, adică, responsabilitatea, nu se va mai putea pune nici problema vinovăției penale ca element al infracțiunii, menționează A. Mariț, deoarece o persoană iresponsabilă nu va mai putea acționa cu vinovăție. În opinia autorului citat, pe care o susținem pe deplin, este că între responsabilitate și vinovăție există o strânsă legătură, responsabilitatea fiind

premisele vinovăției [13]. În context, prin analiza lucrărilor enunțate anterior, se concluzionează precum că responsabilitatea ar constitui o totalitate de însușiri pe care un individ trebuie să le aibă în momentul săvârșirii unei infracțiuni pentru ca aceea ce s-a săvârșit să i se poată imputa. Deoarece, absența acestor însușiri condiționează iresponsabilitatea.

Despre elementul subiectiv în cazul persoanelor juridice, personalitatea răspunderii penale, și cea a responsabilității, răspunderii acesteia, dintre autorii naționali se referă **Grosu V.**, în Teza de doctorat cu titlul **Problematika răspunderii penale a persoanelor juridice și a altor subiecte colective de drept (analiza situației prin prisma dreptului comparat)** [324], Chișinău, 2003, sub aspectul respectiv, lucrarea tratează despre caracterul real al persoanelor juridice respectiv și despre capacitatea de acțiune a acestora, abordarea principiului specialității capacității de folosință, în cazul elementului subiectiv persoanelor juridice, punibilitatea persoanelor juridice, utilitatea răspunderii penale a persoanelor juridice, caracterul personal al răspunderii penale, precum și măsurile alternative aplicabile persoanelor juridice. Analizăm, regimul răspunderii penale a persoanei juridice care subsumează tratarea unor aspecte interdependente raportate la conceptul de răspundere penală a persoanelor juridice. Sfera persoanelor juridice care răspund penal (persoanele juridice de drept public, persoanele juridice de drept privat, persoanele juridice în formare, entitățile lipsite de personalitate juridică, lichidare sau transformare persoanelor juridice străine), diapazonul răspunderii penale a persoanei juridice (infracțiunile pentru care răspund penal persoanele juridice), pentru angajarea răspunderii penale a persoanelor juridice drept condiții de fond în dreptul cu o tradiție romano-germanică, dar și în sistemul de drept *common law*, problema aprecierii răspunderii penale a persoanei juridice și răspunderea penală a persoanei fizice, de asemenea, cauzele exoneratoare de răspundere aplicabile persoanelor juridice, dar sancțiunile aplicabile persoanelor juridice, totodată și aspectele procedurale privind sancționarea persoanei juridice, dar și considerații privind răspunderea penală a persoanelor juridice în dreptul european.

D. Baltag în lucrarea **Teoria răspunderii și responsabilității juridice**, Chișinău: Tipografia Centrală, 2007, p.80. [64], în opiniile sale atestă că o persoană responsabilă „se simte răspunzătoare și pentru consecințele faptelor, care nu sunt impuse ca obligații de o normă, un ordin, o lege” în același timp, un subiect de drept responsabil simte aceeași datorie de a respecta normele juridice, care deja au unele caractere, care după gradul de obligativitate se deosebesc de cele sociale. Iar despre răspunderea penală se menționează că este una dintre formele răspunderii juridice, care apare ca consecință a săvârșirii faptei interzise de legea penală. Fiecare persoană fiind înzestrată cu rațiune și voință, e obligată să nu încalce legea penală și să-și aleagă modul de comportare ce-i corespunde.

În acest context se mai poate nuanța și o altă concepție, cea a autorilor **A. Nacu, Al. Nacu** și **(Psihiatrie judiciară, 1997 [113])**, prin care se arată că prin responsabilitate se înțelege: *totalitatea particularităților psihice ale individului, care-l fac pe acesta să înțeleagă necesitatea acțiunilor sale dar și libertatea lor și în această unitate cu legile obiective de dezvoltare a societății și să aprecieze consecințele faptelor sale. Și aceasta doar atunci când el va acționa în mod contrar acestei unități* [113, p. 29]. Prin urmare, responsabilitatea este, un atribut al persoanei și totodată al

colectivității care s-a format și s-a perfecționat pe parcursul dezvoltării ontogenetice, paralel și condiționat de formarea și dezvoltarea relațiilor interpersonale, de perfecționarea societății și relațiilor sociale. De aici rezultă și concluzia autorilor citați, precum că această calitate, dublă reflectare și condiționare, se va perfecționa permanent și în continuare [113, p. 29]. Responsabilitatea constituie o premisă a infracțiunii (factori volitiv și intelectual ambii necesari pentru existența vinovăției).

Un alt set de argumente științifice în context au fost lansate sub coordonarea autorului **A. Barbăneagră (Codul penal al Republicii Moldova. Comentariu, 2009 [35])**. Astfel, acest factor intelectual este determinat de acea capacitate a persoanei de a înțelege natura și caracterul prejudiciabil al faptei sale, iar cel volitiv, în accepțiunea autorilor, constă în capacitatea persoanei de a-și manifesta voința și de a-și dirija acțiunile. Lipsa unuia dintre acești factori determină inexistența responsabilității și, deci, starea de iresponsabilitate [35, p. 81]. În noțiunea iresponsabilității prevăzută în art. 23 CP RM, factorii intelectual și volitiv sunt separați prin conjuncția „sau”: „(...) persoana nu putea în mod corespunzător să-și dea seama de acțiunile sale sau să le conducă”. De aici rezultă, după cum consemnează autorul **A. Mariț**, că persoana va fi recunoscută iresponsabilă atât în cazul când ea nu putea să-și dea seama de acțiunile sale, cât și atunci când persoana conștientiza caracterul social al faptei, dar nu putea să-și dirijeze acțiunile. [11] Art. 23 CP RM definește iresponsabilitatea ca fiind o stare psihologică opusă responsabilității și caracterizează criteriile care stau la baza ei. Deci, nu va fi pasibilă sau susceptibilă de răspundere penală persoana care, în timpul săvârșirii unei fapte prejudiciabile, se afla în stare de iresponsabilitate. Adică persoana nu putea să-și dea seama de acțiunile ori inacțiunile sale sau nu putea să le dirijeze, și aceasta fie din cauza unei boli psihice cronice, fie a unei tulburări psihice temporare sau fie din cauza altei stări patologice. Prevederile art. 23 alin. (2) CP RM interzic tragerea la răspundere penală de fapt a persoanei care, deși a săvârșit infracțiunea în stare de responsabilitate, înainte de pronunțarea sentinței de către instanța de judecată s-a îmbolnăvit de o boală psihică, din a cărei cauză persoana a fost lipsită de posibilitatea de a-și da seama de acțiunile ori inacțiunile sale sau a le dirija. Îmbolnăvirea de o boală psihică după săvârșirea infracțiunii, în principiu, nu servește drept temei pentru liberarea făptuitorului de răspundere penală. Față de o asemenea persoană, în baza hotărârii judecătorești, se subliniază în literatura de specialitate din Republica Moldova, că se va putea aplica măsuri de constrângere cu caracter medical, iar după însănătoșire - ea va putea fi supusă pedepsei penale, dacă însă nu a expirat termenul de prescripție sau dacă se vor constata alte motive pentru liberarea de răspundere și pedeapsă [35, p. 80].

Astfel, boala cronică mintală se consideră boala psihică care durează o perioadă lungă de timp, care sub acțiunea tratamentului sau din altă cauză nu se înlătură sau se înlătură, dar nu până la sfârșit. CP RM recunoaște o astfel de responsabilitate intermediară prin conținutul reglementării cuprinse în art. 231 CP RM, în același timp responsabilitatea redusă fiind recunoscută drept circumstanță atenuantă la stabilirea pedepsei (art. 76 alin. (1) lit. d) CP RM) [35, p. 80]. În ceea ce privește conceptul de responsabilitatea redusă în legislația RM, stabilim, în fapt, că relativ recent CP

RM a suferit mai multe modificări inițiate de Ministerul Justiției, iar normele introduse având în calitate de scop racordarea legislației RM la normele internaționale în domeniu. Una dintre modificări a fost și introducerea instituției responsabilității penale reduse, prevăzute de art. 231 prin Legea RM pentru modificarea și completarea CP RM din 18.12.2008, nr. 277, publicată în MO nr. 41-44 (art.120) din 24.02.2009. Astfel, CP RM, adoptat prin Legea din 18.04.2002, nr. 985, publicată în MO nr. 128-129 din 13.09.2002 prevede, în art. 231 respectiv: Persoana ce a comis o infracțiune în rezultatul sau ca urmare a unei tulburări psihice, care la rândul său se poate atesta print-o expertiză medicală efectuată în modul stabilit de lege. Și anume din cauza acestor tulburări, persoana nu-și va putea da seama pe deplin de caracterul și legalitatea faptelor sale sau nu le va putea dirija pe deplin pe acestea. Este astfel totuși pasibil de *responsabilitate penală redusă*. Respectiv, instanța de judecată, la stabilirea pedepsei sau a măsurilor de siguranță, va ține astfel cont de tulburarea psihică existentă, care însă nu va exclude totuși răspunderea penală. Responsabilitatea limitată reprezintă un concept legislativ absolut nou pentru legislația RM, lucru care deloc nu înseamnă că și aplicabilitatea lui nu a existat până la acest moment. Este important a sublinia faptul că instanțele de judecată au luat în considerare și până acum posibilitatea redusă, însă existentă a persoanei de a-și da seama de caracterul prejudiciabil al faptelor sale, precum și de consecințele care pot surveni în urma săvârșirii acestora. Și legislația penală altor state, în particular ne referim la legislația Germaniei, Federației Ruse, Poloniei, recunoaște o stare intermediară între responsabilitate și iresponsabilitate - o responsabilitate *parțială, redusă*. La baza acestei responsabilități este pusă o tulburare psihică care nu-i permite persoanei să înțeleagă în deplină măsură caracterul și gradul prejudiciabil al acțiunilor (inacțiunilor) sale sau să le dirijeze. Aceste tulburări psihice nu exclud responsabilitatea, însă pot servi drept temei pentru stabilirea unei pedepse mai blânde sau pentru aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical față de persoana care a săvârșit o faptă social periculoasă sau prejudiciabilă prevăzută de legea penală. Astfel, responsabilitatea penală limitată este un concept care, din punct de vedere tactic, se află între responsabilitate și iresponsabilitate. În opinia noastră, însă, în mod normativ acest fapt nu este în asemenea manieră materializat pe deplin și adecvat legislativ. Această responsabilitate redusă sau limitată este reglementată în alte legislații penale contemporane (după cum am menționat anterior, CP al Germaniei, CP al Federației Ruse, CP al Poloniei): CP al Franței, CP al Elveției, CP al Italiei, CP al Ucrainei, CP al Japoniei, CP al Danemarcei etc. Modificarea și ajustarea CP al RM în acest sens s-a realizat ca rezultat al recomandărilor Consiliului Europei și a racordării legislației penale naționale la standardele UE [70, p. 187].

Dacă e să vorbim despre o deosebire substanțială dinte responsabilitatea „totală” și cea redusă apreciem că în cazul celei din întâi este expres prevăzută de lege posibilitatea aplicării măsurii de constrângere cu caracter medical.

Referitor la evaluarea conceptului „responsabilității reduse” și a „iresponsabilității după vârstă”, majoritatea cercetătorilor, juriștilor și psihiatrilor recunosc că între criminali există un grup considerabil care suferă de anomalii psihice. Mulți dintre autori consideră că asemenea persoane săvârșesc infracțiuni fiind în stare de responsabilitate redusă. Problema responsabilității reduse

continuă să fie discutată. Opiniile referitor la această întrebare în literatura de specialitate a statelor europene au început încă acum 150 de ani, legislația penală tratând aceeași problemă în mod diferit. Problemele legate de responsabilitatea redusă cel mai amplu sunt reflectate în reglementările CP al Elveției, responsabilitatea redusă fiind stabilită dacă se constată tulburări psihice sau ale conștiinței. Unor asemenea persoane instanța de judecată le micșorează pedeapsa. Judecătorului i se dă dreptul, în baza concluziei expertului, de a-l interna pe vinovat în spital pentru a aprecia dacă el prezintă pericol pentru securitatea socială și ordinea publică, de a decide internarea persoanei cu responsabilitate redusă în spital [11]. Particularitățile generale enunțate și determinarea noțiunii responsabilității de frontieră nu caracterizează sensul juridic pentru răspunderea penală, individualizarea acestei răspunderi în cazurile unor infracțiuni săvârșite în grup, aplicarea pedepsei, tipurile de regim și posibilitățile de aplicare a măsurilor de constrângere cu caracter medical. În opinia autorului **A. Mariț**, responsabilitatea de frontieră trebuie să fie consacrată în legislația penală, deoarece ea constituie o categorie anume a dreptului penal [102, p. 164].

În aserțiunea autorilor **Al. Nacu și A. Nacu**, discernământul constă în capacitatea minorului de a-și da seama de acțiunea (inacțiunea) sa și de consecințele socialmente periculoase ale acesteia, și de a fi stăpân pe voința sa în raport cu această acțiune (inacțiune). Deci, sarcina fundamentală a expertizei medico-legale psihiatrice este de a aprecia tulburările de discernământ și conștiință pe care le prezintă persoana examinată. În acest context este necesară stabilirea faptului dacă infracțiunea comisă este o consecință a unor alterări psihice, adică în ce măsură inculpatul poate aprecia faptele săvârșite și toate aceste momente cuprind noțiunea de responsabilitate [113, p. 27].

Iresponsabilitatea sau alienația mintală trebuie deosebită de arierația minorilor (*înapoierea mintală*, conform interpretărilor textuale, această înapoiere mintală presupune *o dezvoltare mintală inferioară la un individ, față de vârsta pe care o are; insuficientă dezvoltare psihică și intelectuală a unui individ* - **Dicționarul explicativ al Limbii Române, 1998** [85, p. 519]), care îngreunează considerabil capacitatea lor de a înțelege sensul acțiunilor și de a le dirija. Pentru stabilirea arierației învinutului sau inculpatului minor, organele de urmărire penală și instanțele de judecată sunt obligate să dispună efectuarea expertizei de către specialiști în domeniul psihologiei (psiholog, asistent social, pedagog) sau de către expertul - psihiatru (HP al CSJ, nr. 37 din 12 noiembrie 1997), despre practica aplicării instanțelor judecătorești în cazul infracțiunilor săvârșite de minori.

Ținându-se seama de gradul de deficiență mintală, dar și de gravitatea infracțiunii săvârșite, minorul, în baza art. 54 CP RM poate fi liberat de răspundere penală și art. 104 CP RM este prevăzută măsuri de constrângere cu caracter educativ sau internarea într-o instituție specială de învățământ și de reeducare sau într-o instituție curativă și de reeducare.

O altă lucrare importantă de cercetare sub aspectul tezei de doctorat și publicată în RM este cea a autorilor **V. Florea și I. Arjuc (Răspunderea penală a minorilor, 2004** [102]). Autorii citați consideră necesar pentru legislația și practica noastră judiciară faptul invocat de legislația penală română, precum că minorul între 14 ani împliniți și 16 ani neîmpliniți va răspunde penal numai dacă se constată că a săvârșit fapta cu discernământ [82, p. 21]. Astfel dacă minorul a săvârșit o faptă

prevăzută de legea penală și s-a dovedit că are discernământ, iar ulterior mai comite o faptă penală, discernământul va trebui dovedit și pentru fapta din nou comisă. A fost concretizată opinia precum că dacă prin lege a fost stabilită pentru minori o vârstă unică de 14 ani, de la împlinirea lor făptuitorul este prezumat că a acționat cu discernământ. În context, devine principială și lucrarea autorului **X. Ulianovschi (Răspunderea penală a minorilor, 2002 [164, p. 10])**. Autorul citat nu este de acord cu opinia expusă anterior de către V. Florea și I. Arjuc. Or, se conchide că nu poate fi vorba de o abrogare a dispozițiilor care vizează vârsta făptuitorului numai din motiv că legiuitorul se referă la faptele săvârșite de către minorii între 14-18 ani. De altfel, nu a intervenit nimic în legătură cu dezvoltarea lor fizică și psihică, care să-i facă de acum înainte să conștientizeze faptele penale comise de către ei. Dimpotrivă, viața socială devine tot mai complexă, astfel încât este necesar și o anumită experiență socială pentru a avea răspundere penală, menționează pe bună dreptate **X. Ulianovschi [164, p. 10]**.

O problemă individuală, constatată în legătură cu cea a iresponsabilității, a fost configurată ca fiind cea a afectului, fiind o problemă complicată nu doar în teoria dreptului penal, dar și în psihologie, psihofiziologie, pedagogie etc. Este imposibil a întemeia răspunderea penală, a determina limitele unui astfel de răspunderi, dacă ea nu este anticipată de argumentarea psihologică, subliniază autorul **C. Barbacar (Responsabilitatea persoanei aflate în stare de afect fiziologic, 2004 [33, p. 53])**.

În această stare psihicul persoanei este dezechilibrat și scos din starea obișnuită, omul nu-și mai menține capacitatea de a înțelege semnificația unor valori, precum și să aprecieze corect gradul de pericol social al valorilor la care atentează, adică, susține **M. Avram**, de a percepe ceea ce este infracțional și ceea ce nu este infracțional (**Ghidul ofițerului de urmărire penală, 2004 [27, p. 59]**). Trebuie, în context, de delimitat starea de afect fiziologic în care persoana va purta responsabilitate pentru cele comise, de starea de afect patologic, caz în care la persoana respectivă apare o dereglare (tulburare) gravă de scurtă durată a psihicului, manifestată prin starea morbidă a psihicului, în urma căreia conștiința persoanei este atât de afectată încât, ea își pierde complet aptitudinea de a-și controla și conștientiza acțiunile sale. Specific pentru această stare este că, menționează **C. Barbacar (Delimitarea afectului fiziologic de afectul patologic și rolul acestuia la calificarea infracțiunilor de omor, 2004 [32, p. 35])**, apare o întunecare și îngustare completă a conștiinței, paralizând total atât manifestarea voinței, cât și dirijarea acțiunilor sale care sunt automate și lipsite de sens [17, p. 35]. Deci, în acest caz persoana este recunoscută iresponsabilă și făptuitorul va fi eliberat (exonerat) de răspundere penală, deoarece lipsește un semn al subiectului activ al infracțiunii, și anume responsabilitatea, iar prin urmare - un element constitutiv al componenței de infracțiune. Stările afective sunt niște fenomene complexe, manifestate în modificările fiziologice mai mult sau mai puțin extinse, determinând provocarea unei conduite marcate de expresii emoționale și de retrairi subiective. Emoțiile stimulează continuarea activității de satisfacere a necesității sau, din contra, o înfrânează. Emoția schimbă, supraveghează și îndreaptă comportamentul de la un moment la altul. Diferite necesități coexistă concomitent provoacă diferite emoții și, de regulă, emoția cea mai puternică determină orientarea acțiunilor omului. Emoția, susține **C. Rusnac (Psihologia dreptului,**

2000 [147, p. 261]) nu numai depinde de mărimea necesităților, dar și de probabilitatea de satisfacere a ei, comportamentul omului la un țel mai puțin important dar mai ușor de atins.

Psihologia include în clasa emoțiilor sentimentele și afectul. Emoțiile au un caracter situativ care redau atitudinea de situație și de activitate a sa. Sentimentul nu poartă în sine un obiect, caracter și apare la momentul de redare a emoțiilor, fiind o relație emoțională stabilă. Afectul este un proces emoțional care are ca efect o instabilitate de scurt timp a activității volitive. De aceea, în știința dreptului abordarea problemei afectului i se acordă din ce în ce o mai mare atenție. Dovada este faptul menționează autorul S. Brînză (**Infracțiunile prevăzute la art. 146 și la art. 156. CP al RM: reflecții asupra calității legii penale și asupra unor probleme de calificare, 2008** [53, p. 2]) că începe a se profila o nouă ramură a științei care este **afectologia juridică**. Fiind o categorie distinctă a fenomenelor psihice, domeniul proceselor afective se reprezintă ca o oglindire a trăirilor psihice ale individului uman, a răspunsurilor lui stimulatorii din interior și exterior. În condițiile când aceștia atentează la integritate psihologică a omului, are loc, după cum invocă C. Rusnac, o dereglare mai mult sau mai puțin pronunțată a celorlalte categorii de manifestări psihice a proceselor de reflectare cognitivă, de cunoaștere logică, a voinței și conștiinței [148, p. 261]. În cazul acesta autorul ne oferă o explicație psihologică a atitudinii individului de realitate în timpul acestor stări emotive, însă nu sunt incluse și aspectele juridice ale stării de afect în sensul CP, fapt care poate trezi la specialiștii juriști întrebări referitoare la încadrarea acestui element în norma penală.

Autorul C. Barbacar definește starea de afect ca fiind *o emoție intensă apărută subit care durează puțin timp și cuprinde întreaga personalitate în timpul trăirilor, dirijând comportarea ei și, caracterizându-se prin acțiuni expresive* [32, p. 5].

V. Bujor (Infracțiuni contra vieții și sănătății persoanei, 2003 [60]) definește starea de afect *ca stare a psihicului uman, când acesta, deși în măsură să-și dea seama de acțiunile sale, pierde controlul asupra propriei sale acțiuni și capacitatea de a le controla* [60, p. 18]. În opinia noastră, la nivel de încadrare juridică, această definiție nu ar corespunde prevederilor CP, deoarece nu este prevăzut elementul de „subit” a stării de afect și temeiurile apariției acestei stări.

În opinia autorilor **M. Avram, T. Popovici, V. Cobășneanu (Cercetarea infracțiunilor contra persoanei, 2004** [28]), starea de afect reprezintă *o stare a psihicului uman manifestată printr-o puternică emoționare sufletească apărută în mod spontan* [28, p. 59].

În opinia autorului **S. Brînză (Infracțiuni contra vieții, sănătății, libertății și demnității persoanei, 1999** [52]), această stare de afect constituie *o stare emoțională care nu depășește limitele normalității, această stare este caracterizată printr-o apariție subită, care se manifestă printr-o intensitate mare și de o durată scurtă. Ca atare aceasta și reprezintă în esență, de fapt o reacție emoțională care decurge într-un mod exploziv, care este însoțită de modificări spontane ale activității sale psihice, și care în mod special se observă o îngustare a conștiinței* [52, p. 52]. În aserțiunea noastră, această definiție este cea care cuprinde în întregime atât aspectul psihologic, cât și aspectul juridic, incluzând toate elementele necesare la încadrarea penală. În psihologie și psihiatrie, starea descrisă până acum se numește stare de afect fiziologică. După cum am menționat anterior, afectul

fiziologic este o stare de o emoție intensă care a apărut în mod subit, și care durează un timp scurt și cuprinde de fapt întreaga sa personalitate în timpul desfășurării trăirilor, și dirijând comportamentul ei și, care se caracterizează prin acțiuni expresive. Respectiv, această categorie anterior menționată se deosebește de categoria afectului patologic. Intensitatea și mărimea emoțiilor sufletești care sunt și se manifestă într-un mod puternic. Și acestea la rând său sunt condiționate de conflictul tendințelor adverse având și un aspect de schimbare cantitativă, dar care poate să cauzeze și o schimbare calitativă (caracteristică pentru starea de afect). În psihiatria judiciară, conchide C. Barbacar, afectul mai puțin intensiv este considerat de a fi afectul fiziologic, iar afectul excesiv de intensiv – constituie afect patologic, în care se tulbură luciditatea conștiinței (o stare crepusculară); persoana pierde capacitatea de discernământ și cea de apreciere critică a faptelor sale și a consecințelor ei [32, p. 35].

Dacă este cazul a defini afectul patologic, atunci ar semnifica starea morbidă a psihicului, în care persoana pierde aptitudinea de a-l controla, de a-și conștientiza acțiunile. Spre deosebire de afectul fiziologic, afectul patologic este o trăire emoțională foarte intensivă care atinge nivelul stării psihotice; apare o întunecare completă a conștiinței și paralizarea voinței, manifestându-se printr-o excitație furtunoasă motrice cu acțiuni automate lipsite de sens, conchid autorii **N. Oprea, A. Nacu, M. Revenco (Psihiatrie, 1994 [130, p. 46])**. Deci, după cum se constată, starea de afect patologică este accesul, criza care se depistează la persoanele predispuse spre aceasta, persoanele raționale aducându-le într-o stare de paroxism sălbatic, cu o tendință ridicată spre distrugere, violență.

În teoria dreptului penal, subliniază autorii **V. Dongoroz, I. Oancea, S. Kahane etc. (Explicații teoretice ale Codului penal român. Partea generală, 1969 [95])** responsabilitatea este definită ca fiind o stare psihologică a persoanei în care aceasta are capacitatea de a înțelege, natura, esența și caracterul faptelor sale, și respectiv de a-și da seama de valoarea și de urmările lor, precum și capacitatea de a-și dirija și determina într-un mod normal voința sa în raport cu propriile acțiuni. Prin această stare de responsabilitate adică de capacitate psihică a persoanei unde sau prin care se presupune, deci, că aceasta posedă anume însușiri psihice (inteligență, rațiune), acestea menționate o fac să fie aptă sau capabilă să înțeleagă caracterul socialmente periculos al propriilor sale acțiuni sau inacțiuni pe care aceasta le săvârșește și respectiv să fie capabilă, la rândul său de a se abține de la săvârșirea acțiunilor interzise de lege sau să efectueze anume acțiunile ordonate de lege [95, p. 393].

De asemenea, responsabilitatea mai este definit, conchide **N. Drughescu (Medicina legală, 2001 [101])**, ca fiind capacitatea psihică care constă anume în capacitatea persoanei de a-și asuma integral obligațiile ce decurg din acțiunile sale liber consimțite pe care la rândul său le comite sau le întreprinde și, totodată, percepe sau înțelege consecințele respectivei acțiuni într-o concordanță deplină cu interesul personal și scopul urmărit și aceasta fără a prejudicia interesul colectivității [36, p.13]. Într-o altă configurație științifică (**Criteria de stabilire a responsabilității în expertiza psihiatrică judiciară, 1962 [118]**), autorii **I. Moraru și V. Predescu**, prin responsabilitatea penală se înțelege *totalitatea particularităților psihice ale individului care-l fac pe acesta capabil să înțeleagă libertatea și necesitatea acțiunilor sale în strânsă legătură cu legile de dezvoltare a societății și să aprecieze consecințele faptelor sale atunci când el acționează contrar acestei unități* [122, p. 103].

O lucrare notorie sub aspectul investigațiilor științifice realizate a fost și cea a autorului român **C. Bulai (Manual de drept penal. Partea generală, 1997 [65])**. În opinia autorului citat, responsabilitatea reprezintă o condiție *sine qua non* pentru ca persoana să răspundă penal pentru fapta săvârșită; persoana trebuie să fie responsabilă, respectiv, aceasta trebuie să aibă capacitatea de a înțelege caracterul faptelor sale, de a-și da seama de valoarea și urmările lor, capacitatea de a-și determina și dirija în mod normal voința în raport cu propriile fapte [65, p. 208].

Din punct de vedere medical, oferind atenție opiniilor științifice ale autorului **V. Beliș (Tratat de medicină legală, 1995 [40])**, responsabilitatea este astfel identificată ca o calitate care constă în capacitatea persoanei de a-și lua asupra sa integral obligațiile care rezultă dintr-o acțiune liber consimțită, pe care o analizează și o discerne și respectiv o întreprinde și, totodată, conștientizează și înțelege consecințele acesteia. Acestea toate realizate fiind în deplina concordanță cu interesul său motivul ori scopul pe care l-a urmărit, și aceasta fără a prejudicia interesul colectivității [40, p. 27].

Anticipând un ansamblu de interpretări care au căutat punerea de acord a criteriilor de ordin filosofic și medico-psihologic cu cele de ordin social-juridic, calitatea de responsabilitate se caracterizează prin capacitatea integratoare de asumare a unei anume conduite, din punct de vedere al conținutului și consecințelor acesteia, pe plan social, juridic, administrativ și moral. Această conduită este consimțită și deliberată personal și considerată ca o necesitate, în funcție de cerințele, exigențele și normele de drept și momentul trăit. De asemenea, această conduită este condiționată de exprimarea voinței proprii, fără constrângeri sau limite de ordin endogen (starea de sănătate psiho-fizică, integritatea morală) sau reactiv (starea de normalitate în relațiile cu lumea, cu societatea) în deplina libertate și neutralitate, de experiență de viață, de nivelul cultural, de poziția socială și situația concretă a existenței actuale (la un moment dat), capacitatea tradusă de cumulumul trăsăturilor unei personalități mature, dispunând de potențialul necesar de înțelegere și angajare a riscului sancționării social juridice, subliniază **V. Beliș [40, p. 732]**. Responsabilitatea este, în consecință, un arbitru al persoanei și, totodată, al colectivității care s-a format și s-a perfecționat pe parcursul dezvoltării ontogeneticii, paralel și condiționat de formarea și dezvoltarea relațiilor interpersonale, perfecționarea societății și relațiilor sociale. De aici rezultă și concluzia că această calitate dublă, reflectare și condiționare, se va perfecționa permanent în continuare.

O lucrare consistentă în opinii științifice puse la baza formulării unor rezultate novatorii în baza acestei lucrări de doctorat au fost cea a autorilor **G. Nistoreanu și A. Boroș (Drept penal. Partea generală, 2002 [158])**. În opinia autorilor citați, iresponsabilitatea constituie o stare de incapacitate psihofizică a unei persoane care nu-și poate da seama de caracterul sau sensul și valoarea socială, morală și juridică a faptelor pe care le săvârșește și a urmărilor acestora și pe care nu-și le poate determina și dirija în mod normal voința, în raport cu faptele acesteia [143, p. 182].

V. Hanga (Mic dicționar juridic, 1999 [107]) subliniază faptul că iresponsabilitatea este o cauză care înlătură caracterul penal al faptei, datorită stării mintale a făptuitorului sau a altor motive ce i-au întunecat rațiunea [107, p. 177]. O persoană iresponsabilă nu înțelege de ce acțiunile sau inacțiunile sale prezintă pericol social și de ce aceasta are un caracter ilicit. O asemenea persoană nu

este pedepsită, căci n-ar putea fi corectată și reeducată prin aplicarea și executarea pedepsei. Caracteristica stării de iresponsabilitate este lipsa acestor facultăți psihice ale persoanei, care permit să înțeleagă caracterul și semnificația actelor de conduită sau să fie stăpân pe ele. Iresponsabilitatea psihofizică este datorată unor cauze care alterează sau tulbură normala funcționare a facultăților psihice. Constatarea existenței incapacității psihice constituie o problemă care nu poate fi soluționată fără contribuția medicilor de specialitate. Medicii specialiști nu sunt chemați să se pronunțe asupra chestiunii dacă persoana pe care o vor examina este sau nu răspunzătoare penal; ceea ce ei trebuie să cerceteze și să constate este faptul dacă este biopsihic acea persoană, la data când a săvârșit fapta și condițiile în care au avut loc săvârșirea, era sau nu în stare (aptă), pe de o parte, să-și dea seama de sensul și valoarea acțiunii sau inacțiunii sale, pe de altă parte, să-și determine și să-și dirijeze voința în mod conștient în manifestările de acest fel, subliniază autorii **V. Dongoroz, I. Oancea, S. Kahane** etc. [90, p. 393].

Pentru aprecierea normalității sau a gradului de afectare psihică este necesară existența unui mijloc de probă, care, prin utilizarea metodelor moderne de investigare și a activității unor specialiști în domeniu, să pună la îndemâna organelor judiciare un punct de vedere fundamentat pe criterii științifice, care să dea posibilitatea luării unor decizii corecte cu privire la răspunderea celor care au săvârșit fapte socialmente periculoase prevăzute de legea penală. Deci, iresponsabilitatea reprezintă o cauză de înlăturare a caracterului penal al faptei, prevăzută de legea penală, deoarece îi lipsește un element esențial - *vinovăția*.

Conținutul iresponsabilității, conchid autorii **I. Tănăsescu, C. Tănăsescu, G. Tănăsescu (Drept penal general, 2002 [160])** constă în absența capacității bio-psihice care face imposibilă adoptarea unei conduite normale privind actele exercitate. Persoana aflată în capacitate bio-psihică este lipsită de un anumit grad de dezvoltare a însușirilor psihice, astfel că nu poate aprecia în mod corespunzător necesitatea executării unor acțiuni/inacțiuni, modalitatea obișnuită de executare a acestora, rezultatele unor astfel de acțiuni și implicit nu poate înțelege consecințele actelor săvârșite sub aspectul răspunderii civile și penale [160, p. 476].

După cum am menționat anterior, în legislația penală română se ridică întrebarea referitor la discernământul persoanei. Prin *discernământ* se înțelege o expresie a nivelului de conștiință, care apare ca fiind unul dintre principalele criterii medico-legali de apreciere a responsabilității. Aceasta este privită ca o funcție de sinteză care se reflectă în capacitatea făptuitorului de a concepe planul unei acțiuni, de a urmări realizarea unui scop și obținerea rezultatului, precum și ordinea etapelor de desfășurare. Discernământul este condiționat, susține V. Beliș, pe lângă acest caracter de organizare motivată a faptei, de structura personalității individuale și structura conștiinței la un moment dat [40, p. 740]. Întrucât discernământul reprezintă capacitatea individului de a avea reprezentarea faptelor proprii și a urmărilor acestora, pentru existența sa este importantă, susțin autorii **L. Uța și C. Jora (Expertiza medico-legală în procesul penal, 2003)**, prezența unui câmp de conștiință clar, care să asigure o percepție corectă și completă a semnalelor mediului exterior și interior, precum și capacității de a elabora planurile de acțiune prin utilizarea tuturor informațiilor pe care câmpul de

conștiință le oferă în vederea atingerii scopului urmărit [168, p. 124]. Atât discernământul, cât și responsabilitatea reprezintă noțiuni generale, universale, fără a exista criterii deosebite de a diferenția un discernământ medical, juridic sau psihologic [168, p. 125]. Existența discernământului este condiționată de două categorii de factori, și anume:

- **structura personalității individului** (matură, imatură, dizarmonică, nevrică, psihotică și deteriorată - dementială);
- **structura conștiinței**, în cadrul căreia pot fi stabilite patru niveluri:
- nivelul de *conștiința elementară* - este acea stare de veghe și nivelul de prezență temporo-spațială;
- nivelul de *conștiința operațional logică* - prin care procesele de gândire și percepție reflectă în mod obiectiv realitatea și capătă coerență;
- nivelul de *conștiința axiologică* - prin care se realizează valorizarea, în raport cu criteriile general acceptate;
- *nivelul conștiința etică* - care permite a se face distincția între bine și rău, legal și ilegal, frumos și urât etc.[40, p. 745].

1.2. Analiza unor reglementări penale și a lucrărilor științifice cu privire la responsabilitatea și iresponsabilitatea penală adoptate sau publicate în literatura de specialitate din alte state

Legislația penală a unor state, în particular Germania, Federația Rusă, Polonia etc., recunoaște o stare intermediară între responsabilitate și iresponsabilitate, o responsabilitate parțială, redusă. La baza acestei responsabilități stă o tulburare psihică care nu-i permite persoanei să înțeleagă în deplină măsură caracterul și gradul prejudiciabil al acțiunilor (inacțiunilor) proprii ori să le conducă. Aceste tulburări psihice nu exclud responsabilitatea, însă pot servi ca temei pentru stabilirea unei pedepse mai blânde sau pentru aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical față de persoana care a comis o faptă social periculoasă incriminată de legea penală.

În psihiatria contemporană au fost descoperite și cercetate așa-zisele stări de frontieră, adică asemenea dereglări psihice care conduc la reducerea capacității de a controla acțiunile sale. Practica judiciară a multor state în așa cazuri apreciază situația în circumstanțe diverse: în unele cazuri se recunosc aceste dereglări psihice - circumstanțe care atenuează răspunderea, în alte împrejurări - răspunderea survine în temei general, în al treilea caz - persoana poate fi recunoscută nevinovată, încercările de a lua în considerație asemenea circumstanțe au determinat apariția în dreptul penal a concepției de responsabilitate scăzută sau redusă. În prezent norme privitoare la responsabilitatea redusă sunt formulate în CP al Franței, CP al Elveției, CP al Italiei etc. Deși în dreptul statutar al Angliei și SUA lipsesc norme în care direct s-ar vorbi despre o responsabilitate redusă, totuși, potrivit legii Angliei despre omor din anul 1957, persoana va fi atrasă la răspundere penală pentru omorul simplu, dacă ea suferă de o așa dereglare a dezvoltării intelectuale care esențial reduce responsabilitatea ei pentru comiterea omorului. Deci, în dreptul englez de fapt a fost introdusă

noțiunea de responsabilitate redusă. În unele state ale Americii de nord, instanțele de judecată deseori administrează conceptul de responsabilitate redusă în cazurile când învinuitul prezintă probe care confirmă că în timpul săvârșirii infracțiunii el era într-o așa stare psihică, în care nu putea să comită o acțiune ilegală care cere prezența unei intenții bine determinate etc. Dereglările psihice invocate erau examinate de către instanțele judiciare ale Franței drept circumstanțe care atenuează răspunderea.

CP al Franței conține o asemenea normă ca responsabilitatea redusă (art. 122-1). Responsabilitatea redusă este condiționată de două criterii obligatorii: medical și psihologic. Mai consistent, problematica responsabilității reduse este reglementată în CP al Elveției (1973). În caz dacă infractorul este cetățean al altui stat, instanța este în drept să interzică locuirea acestuia pe teritoriul Elveției. CP al Ungariei prevede că responsabilitatea redusă este un temei de atenuare a pedepsei, dacă persoana care a săvârșit infracțiunea socialmente periculoasă suferă de o boală psihică cronică, oligofrenie sau o altă stare patologică și în timpul comiterii infracțiunii nu-și dădea seama de acțiunile sale și de urmările lor. Dispozițiile în cauză nu se aplică dacă persoana era în stare de ebrietate alcoolică sau în stare de ameteire. CP al Poloniei și fostului stat Iugoslavia prevăd atenuarea pedepsei în caz de constatare a responsabilității reduse, iar CP al Chinei prevede eliberarea de la pedeapsă. În Codul penal român din 1969 în Partea specială a nu conținea așa componentă de infracțiune ca omor săvârșit în stare de afect. Dar în art. 73 era numită ca circumstanță atenuantă iar săvârșirea infracțiunii este sub o puternică tulburare sau emoție, care este determinată de însăși partea vătămată, printr-o primă acțiune ilegală care a adus o atingere gravă demnității infractorului [67].

În dreptul penal al SUA, de fapt ca și în dreptul englez, există noțiunea de diferite tipuri, categorii de apărări.

La ele se atribuie circumstanțe, în cadrul cărora:

- se exclude răspunderea penală;
- se exclude vinovăția;
- se exclude sancționarea faptei.

În opinia noastră, iresponsabilitatea penală prezintă interes sub aspectul abordat de către noi din perspectiva excluderii vinovăției. CP al New-York-ului la această grupă atribuie, pe lângă constrângerea fizică și morală, provocarea. Conform par. 35.05 CP al New-York-ului, în care se expune purtarea care în alte cazuri ar fi fost o atentare, nu este pasibilă sancționării penale.

În contextul examinării reglementărilor conținute s-a consacrat, două stări specifice personalității:

- stare de normalitate a individului și
- situație sau stare de anormalitate psihică (starea opusă responsabilității este starea de iresponsabilitate).

În acest context, ar mai fi de remarcat următoarele momente operate de către autorii **H. Barte și G. Ostapzeff (Criminologie clinique, 1992 [289])**: odată cu dezvoltarea științelor medicale, înlocuirea termenului demență (iresponsabilitate), care nu era fondat pe nici o referință psihiatrică contemporană [289, p. 17] devenise o necesitate.

După numeroase tentative, subliniază autorul **C. Virginie (A propos de l'altération des facultés mentales)**, problema este soluționată prin intermediul noului CP francez, în special prin introducerea noțiunii de tulburare psihică sau neuropsihică, prevăzută în Cap. II din Titlul II CP francez. De exemplu, conform art. 122-1 alin. 1, nu este penalmente răspunzătoare persoana care era atinsă, în momentul faptelor, de o tulburare psihică sau neuropsihică datorită căreia îi fusese abolit discernământul sau controlul actelor sale. Această dispoziție a înlocuit celebrul art. 64 CP francez din 1810, care se referea la starea de demență - nu există crimă, nici delict, atunci când făptuitorul se afla în stare de demență în momentul acțiunii. Termenul demență nu a avut niciodată o semnificație medicală foarte precisă, exprimând stadiul incipient la care se găsea psihiatria în momentul redactării CP francez din 1810. În acest sens se constată, după cum factorul volitiv are o strânsă legătură, chiar o tangență directă, cu aspectul motivațional al infracțiunii la bolnavii psihici, infracțiunile se caracterizează prin mobilitate ciudate, misterioase, inexplicabile de multe ori, cel puțin la prima vedere, pentru autorul însuși al faptei, conchide **M. Ellenberger (Crime et maladie mentale, 1964 [295, p. 125-131])**. O problemă particulară o reprezintă categoria așa-zisilor categorii de: „semi-responsabili” la care se referă art. 122-1 alin. 2 CP al Franței. Aceste persoane se găsesc într-una din cele mai dramatice situații guvernate de legea penală: acești delincvenți sau criminali sunt prea lucizi pentru a fi internați, prea dezechilibrați pentru a fi în închisoare.

Expertiza psihiatrică tradițională trebuie să fie, în aceste cazuri, subliniază **C. Virginie (Le particularisme du droit penal des delinquans anormaux mentaux, 1998)**, care este urmată de un examen psihologic și de o expertiză criminologică, prin care și pentru a se putea stabili măsurile de tratament adecvate acestor situații [305, p. 131].

În CP al Elveției din 1973 se consideră a fi drept o tulburare temporară a activității psihice a infractorului în momentul săvârșirii faptei, și această persoană dacă nu-și dădea seama pe deplin de acțiunile sale sau nu-și putea aprecia purtarea sa, și nici nu putea conduce, la rândul său, pe deplin cu aceasta.

În CP german, responsabilitatea redusă este prevăzută în par. 20, în care se prevede că dacă posibilitatea de a recunoaște acțiunile sale și de a conduce cu ele este esențial redusă, atunci pedeapsa poate fi micșorată.

În CP al Poloniei, CP al Chinei, CP al Ungariei se indică: responsabilitatea redusă, ușurează pedeapsa dacă persoana care a săvârșit infracțiunea social periculoasă în stare de o boală cronică psihică, oligofreniei sau o altă stare patologică, unde persoana limitat își dădea seama de acțiunile sale și de urmările lor și de asemenea el acționa în conformitate cu conștientizarea acestora.

CP al Poloniei în cazul responsabilității ușurează pedeapsa sau o atenuază, iar în CP al Chinei se prevede eliberarea de la pedeapsă în asemenea situații.

În lucrările juriștilor și psihiatrilor, în special ne referim la abordările științifice ale autorilor **M. Gidilenco, V. Trahterov, I. Faber**, în timp s-au mai exprimat aserțiuni precum că responsabilitatea redusă ar cuprinde și noțiunea de iresponsabilitate sau o circumstanță care înlătură răspunderea penală, fiind o vină colectivă a societății (I. Filanovschi - Социально-психологическое отношение к

субъекту преступления, 1970 [275, p. 169]).

Alți autori apreciau responsabilitatea redusă doar ca o circumstanță atenuantă (**M. Isaev - Уголовный кодекс. Комментарий** [p. 27]; **N. Cuznețov - Преступность и нервно-психические заболевания, 1977** [213, pp. 11-20]; **O. Cherbicov - Психиатрия, 1968** [206, pp. 225-229]), adică pe lângă pedeapsă să se aplică și măsuri de siguranță cum ar fi măsuri de constrângere cu caracter medical (**I. Freivor - Современная психоневрология, 1928**) [277, p. 246]. La asemenea opinii științifice au aderat **U. Candinschii, U. Serbschii, N. Taganțev, E. Holodovscaia, D. Lunț, O. Freivor etc.**

În ipotezele doctrinare enunțate, se menționează de către **T. Ceceli**, că în aceste situații capacitatea de a-și da seama în acțiunile sale și de a conduce cu ele, măcar că n-a fost pierdută, dar a fost doar slăbită (**Об учении психических аномалий виновного в совершении преступления при определении ответственности, 1970** [279, p. 179]). Această situație este coroborată de regulă cu gradul de vinovăție, în particular se enunță de către **A. Homovschii** că: dacă responsabilitatea se caracterizează drept starea psihică a persoanei în timpul săvârșirii acțiunii, vinovăția presupune la rândul său atitudinea psihică a persoanei față de acțiunile sau inacțiunile sale în forma de intenție sau culpă, respectiv și responsabilitatea se află, după cum vedem, într-o dependență de gradul de vinovăție (**Некоторые пути научного сотрудничества юристов и психиатров, 1983** [278, pp. 126-128]).

Este însă cunoscută și o altă poziție, cea a autorilor **V. Cudreavțev și N. Malein (Правовое положение, его субъекты и пределы, 1980** [210]), în care se detalizează faptul că la unele dintre infracțiunile săvârșite de către persoane cu responsabilitate redusă trebuie de aplicat o pedeapsă mai ușoară, iar altora una mai aspră [210, p. 37], adică corect se remarcă că ar fi necesară o diferențiere și între aceste stări. Astfel, drept temei pentru atenuarea răspunderii în asemenea cazuri este, înainte de toate, comportamentul ilicit sau imoral al victimei, fapt care generează apariția la victimă a afectului fiziologic. La rândul său afectul patologic se deosebește substanțial de cel fiziologic.

La rândul său persoana care săvârșește o faptă infracțională cu imperiul unui afect patologic nu este pasibilă de răspundere penală. Adică persoana care realizează fapta infracțională într-o asemenea stare se află de fapt în starea de iresponsabilitate și căreia îi lipsește elementul principal a componenței de infracțiune adică subiectul activ al acesteia. Mai este necesar a sublinia că afectul fiziologic apare doar în condițiile unei situații specifice, când făptuitorul, din cauza tensiunii sale emoționale puternice, este limitat în posibilitatea de a-și alege conduita, conchide **G. Morozov (Судебная психиатрия, 1986** [228, pp. 300-301]).

Afectul fiziologic constituie sau este o stare emoțională care de fapt nu depășește limitele normalității, și caracterizată printr-o apariție subită, manifestată printr-o mare intensitate și cu o durată scurtă, de fapt, reprezintă ca o reacție emoțională care decurge într-un mod exploziv, cu modificări spontane fiind însoțită (dar nu și psihotice) ale activității psihice, în mod special, se poate de observat o îngustare a propriei conștiințe. De fapt, această „stare” se finalizează cum menționează autorul **F. Safuanov (О проблеме аффективных состояний, 1991** [249, p. 4]) cu o

epuizare fizică și psihică profundă a organismului uman sau cum se mai remarcă în limpid stările afective are loc rebeliunea scoarței cerebrale, în care sunt situate centrele instinctelor (o răbufnire agresivă emoțională, cuprinde persoana făptuitorului în întregime).

La această categorie de afect, de fapt, are loc mobilizarea tuturor forțelor umane în scopul depășirii neplăcerilor și, pe calea descărcării emoționale, ulterior are loc și obținerea unei stări optime. În context, conchide **T. Tsacenco (Преступление совершенное в состоянии аффекта, 1996 [266, pp. 52-53])**, în aceste stări de fapt se produce o creștere a forței fizice și a unor eforturi fizice colosale netipice unei stări obișnuite ale individului.

În același context, despre această stare de puternică frământare sufletească, autorul **C. Ivanov (Правовые вопросы борьбы против пьянства и алкоголизма, 1973 [200, p. 250])** sublinia că afectul este o stare emoțională deosebit de puternică, care apare repede (doar câteva minute) și decurge furtunos (în formă de explozii).

Se mai menționează de autorul **M. Calășnic (Судебная психиатрия, 1961 [203, p. 65])** că afectul atrage după sine într-o oarece măsură îngustarea conștiinței micșorându-se posibilitatea controlului, asupra comportamentului său. Acesta la rândul său este o reacție furtunoasă, cu caracter de izbucnire emoțională, care se epuizează repede. Deseori, în starea de afect se modifică obiectivele obișnuite ale personalității. Multe dintre cele întâmplare sunt percepute în mod neobișnuit, în cu totul altă lumină, se produce schimbarea comportamentului obișnuit, acesta la rândul său este orientat spre un cerc limitat de obiecte și fenomene legate de emoțiile sale în cauză, conchide **V. Lebedinschii (Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция, 1990 [239, p. 226]; Смирнова Н.Н. Юридическая психология, 2000 [254, p. 243])**.

Dar ce se întvede după contextul noțiunii de stare emoțională gravă. Este evident că o infrafracțiune, săvârșită în stare de responsabilitate, care se manifestă printr-o stare de tulburare emoțională, este însoțită de anumite schimbări ale psihicului, anumite retrairi emoționale. Unde se regăsește, deci, acel hotar care delimitează starea emoțională gravă de cea obișnuită, normală, care trebuie să deosebească starea emoțională a inculpatului, pentru ca acțiunile lui ilegale să primească o altă calificare juridică? Aici diferențele nu trebuie să fie unele cantitative, ci numai cu caracter calitativ, adică limita posibilității personalității inculpatului de a coordona într-un mod conștient și liber al comportamentul său, și de a dirija cu acesta, deoarece dintr-o parte nu se exclude responsabilitatea, din altă parte - oferă temei pentru determinarea noțiunii de stare emoțională gravă. Or, particularitatea principală a inculpatului în stare de afect constituie micșorarea posibilității de reglementare și coordonare a acțiunilor sale ca urmare a inhibării proprii conștiințe. În așa mod, coincidența de fapt a sensurilor starea emoțională gravă și afect fiziologic, care restrâng posibilitatea inculpatului de a înțelege și coordona acțiunile proprii, determină elaborarea unui cumul de noțiuni fracționate, care prezintă un interes teoretic pentru psihologia și psihiatria judiciară. În acest sens, după cum susține pe bună dreptate autorul **D. Moghiliovscaia (Ответственность за умышленное убийство, 1995 [227])**, anume pe acest fundal, al diverselor noțiuni, intervin incoerențe de interpretare și aplicare uniformă a legislației penale în activitatea organelor judiciare și de urmărire penală.

Din punct de vedere al autorilor A. Botchin și B. Serbschii, afectul patologic poate apărea doar la oamenii bolnavi psihic și pentru apariția acestei stări este necesar ca persoana să aibă careva dereglări psihice mintale patologice. Însă, afectul fiziologic poate apărea doar la oameni sănătoși mintal, anume acest fapt servește la delimitarea stării de afect fiziologic de cea de afect patologic. **M. Carlov** a criticat această poziție, menționând faptul că starea de afect patologic poate apărea și la oamenii sănătoși, în dependență de factorii externi care influențează asupra organismului uman. Această teorie a fost probată practic și a răsturnat complet prima teorie. Ori, este și logic acest fapt. Nu putem spune că un om bolnav mintal este bolnav în toate. Dacă am fi susținut această teorie înseamnă că bolile mintale se transmit pe cale ereditară și nu te poți îmbolnăvi, însă după cum arată practica, în dependență de factorii externi care influențează asupra corpului uman și asupra psihicului persoana se poate îmbolnăvi. Factorii care pot influența asupra persoanei pot fi de natură economică, sentimentală, familială, socială etc. Stări patologice în viața omenească sunt multe, de aceea apare și necesitatea de a le delimita, subliniază autorii **N. Jaricov, G. Morozov, D. Hritinin (Судебная психиатрия, 1999)** [228, p. 300].

1.3. Concluziile de la Capitolul I

În rezultatul analizei literaturii relevante la subiectul lucrării se poate contura un tablou complex a conceptului privind iresponsabilitatea penală, orientându-se pe aplicarea legislației penale în strictă corespundere cu principiile subiective.

- Scopul tezei de doctorat a constat studierii diferitor aspecte ale temei, s-a purces la o angrenare a unui contingent masiv de elaborări științifice atacând subiecte directe, ce țin de fenomenul responsabilitate și iresponsabilitatea penală pentru o delimitare adecvată și corespunzătoare în analiza juridico-penală prin prisma reglementărilor în această materie adoptate în legislațiile, doctrinele și practicile judiciare ale RM și România, dar și a altor țări, precum și în ipoteza unui ansamblu de cunoștințe de natură psihologică, psihiatrică de medicină legală și criminologică etc.

- Raportarea persoanei la rândul său a persoanei la realitatea obiectivă în procesul de activitate este nu numai conturarea acestei lumi înconjurătoare, nu numai în reflectarea asupra ei, dar și atribuirea comportamentului său uman la anumite tipare și realități. Astfel, ca finalitate, instituția răspunderii și imputațiunii penale vizează în mod direct conservarea sistemului social dat, în timp ce oamenii își dezvoltă sentimentul responsabilității.

- Echilibrul social și al ordinii juridice în general este afectat de frecvența și gravitatea încălcărilor de lege ceea ce obligă legiuitorul să fixeze cu claritate răspunderea pentru aceste încălcări, să aplice cu promptitudine sancțiunile ce se impun. Natura penală al unei fapte exprimă manifestare sintetică a faptului social periculos și ilegal comis. Stabilirea caracterului penal sau infrațional al faptei reprezintă numai expresia voinței legiuitorului.

- Temeiul unic al răspunderii penale îl constituie infracțiunea care se caracterizează prin cele trei trăsături esențiale. Lipsa oricăreia dintre aceste trăsături exclude existența infracțiunii, a caracterului penal al faptei, și implicit, a răspunderii penale. În legislația penală română, răspunderea subiectivă constituie garanția legală pentru o persoană de a nu fi pedepsită decât dacă a

săvârșit cu vinovăție și faptă periculoasă și/sau prejudiciabil, incriminată de legea penală să nu există vreo cauză exonerativă penală sau care face ca fapta să nu constituie infracțiune.

- Se identifică în literatura de specialitate o diversitate a situațiilor de apreciere de la responsabilitate la iresponsabilitate, precum și raportate la responsabilitatea redusă. Responsabilitatea redusă este o stare limitrofă între responsabilitate și iresponsabilitate, diminuând răspunderea pentru cele comise.

- Responsabilitatea psihică este o condiție pentru existența răspunderii penale și în egală măsură o condiție pentru existența vinovăției. Responsabilitatea este o categorie de sine stătătoare în dreptul penal, și nu este o reflectare a iresponsabilității, ea având semnele ei concrete și servind ca cerință a survenirii răspunderii penale a subiectului activ pentru săvârșirea infracțiunii. Unde nu există responsabilitate psihică, nu există vinovăție, iar unde nu există vinovăție, nu există infracțiune. Ca efect, unde nu există infracțiune, nu există răspundere penală.

- Iresponsabilitatea penală constituie o cauză care împiedică constituirea infracțiunii sub raportul mecanismelor de acțiune a temeiului instituirii legale sau recunoașterii lor doctrinare sau jurisprudențiale. În context, toate ele pledează pentru o abordare diferențiată a rațiunii acestora de a împiedica constituirea faptei ca infracțiune.

2. IRESPONSABILITATEA PENALĂ: NOȚIUNI, CARACTERIZARE, CONDIȚII

2.1. Responsabilitatea și iresponsabilitatea, responsabilitatea redusă în dreptul penal. Bariera între iresponsabilitate și responsabilitate. Cauze care exclud responsabilitatea penală

Așadar, cum rezultă din cele relatate anterior ca prima condiție pe care este necesar s-o întrunească persoana fizică ca să devină subiect al infracțiunii este în mod corespunzător responsabilitatea. Conform prevederilor art. 22 CP RM, [63] *responsabilitatea este definită ca fiind o stare psihologică a persoanei prin care aceasta are deja capacitatea de a înțelege natura și caracterul prejudiciabil al faptei, precum aptitudinea de a-și dirija acțiunile și capacitatea de a-și manifesta liber și cugetat voința*. În teoria dreptului penal: responsabilitatea este definită ca fiind o stare psiho-fizică a individului sau a persoanei care are aptitudinea sau capacitatea discerne sau de a înțelege natura și caracterul faptelor sale, de a înțelege valoarea și esența urmările lor, precum și posibilitatea și capacitatea de a-și determina în mod firesc și normal voința în raport cu propriile acțiuni. Starea de responsabilitate sau de așa-zisa capacitate psihică a persoanei presupune deci că aceasta sau respectiva persoană posedă însușirile psihice (inteligenta, rațiune) care o fac în așa mod ca un apt să perceapă caracterul prejudiciabil și socialmente periculos al acțiunilor sau inacțiunilor pe care le săvârșește, dar și de la care să fie capabilă de a se reține de la săvârșirea acțiunilor interzise sau să efectueze acțiuni obligate sau ordonate de lege [90, p.393].

De asemenea, responsabilitatea mai este definită ca fiind capacitatea psihică ce constă în capacitatea individului de a-și atribui sau asuma în mod plener obligațiile ce rezultă sau decurg dintr-o acțiune liber consimțită pe care o întreprinde și totodată de a înțelege consecințele acestei acțiuni în deplina concordanță cu finalitatea urmărită dintr-un interes personal și fără a leza sau prejudicia interesul comunității sau a colectivității [96, p. 133].

De asemenea, conchide N. Drugescu, responsabilitatea mai este definită ca fiind capacitatea psihică care constă în capacitatea persoanei deși întreprinde anumite acțiuni, totodată, aceasta și înțelege consecințele acestor acțiuni și în mod respectiv interesul personal și fără a prejudicia de a-și asuma integral obligațiile ce decurg dintr-o acțiune liber consimțită în corespundere cu interesul colectivității și cu scopul urmărit [97, p. 133].

Într-o altă noțiune prin responsabilitate penală se înțelege totalitatea particularităților psihice ale individului care-l fac pe acesta capabil să înțeleagă așadar libertatea și respectiv necesitatea acțiunilor sale în strânsă legătură cu legile de dezvoltare a societății și să aprecieze consecințele faptelor sale atunci când el acționează contrar acestei unități. [122, p.103]

Responsabilitatea presupune de fapt o condiție *sine qua non*, pentru ca persoana să răspundă penal pentru fapta săvârșită, trebuie să fie responsabilă, respectiv, persoana trebuie să aibă capacitatea de a înțelege caracterul faptelor sale, de a-și da seama de valoarea și urmările lor, capacitatea de a-și determina și dirija în mod normal voința, în raport cu propriile fapte [65, p. 208].

Noțiunea de responsabilitate mai este definită ca fiind „o stare psihică a respectivei persoanei care este una capabilă de percepe, înțelege caracterul prejudiciabil al acțiunilor (inacțiunilor), dar și de a le dirija” [264, p.150].

Unii savanți în domeniu privesc și studiază responsabilitatea ca ea fiind antipodul iresponsabilității.

Considerăm, că la stabilirea responsabilității și iresponsabilității se urmărește un scop comun și anume - „să asigure în acest mod tragerea la răspunderea și pedeapsa penală doar a celor persoane, care, respectiv, au comis acțiuni, periculoase pentru societate și care după capacitatea lor psihică a sănătății sunt deci, apti de a răspunde...” [174, p.132].

Ca atare, putem menționa, că responsabilitatea este un element obligatoriu al subiectului infracțiunii, iar iresponsabilitatea persoanei certifică despre lipsa acestui element al componenței de infracțiune, de aceea nu este corectă părerea despre faptul că o noțiune reiese din alta [256, p. 65].

Responsabilitatea va fi necesară să existe chiar la momentul comiterii faptei infracționale. Dacă lipsește responsabilitatea, nu se mai pune problema existenței vinovăției penale ca element al infracțiunii, întrucât o persoană iresponsabilă nu poate acționa cu vinovăție, adică cu intenție sau imprudență. De fapt, există un coraport și o corelațiune dintre responsabilitate și vinovăție penală, există un strâns coraport și legătură, responsabilitatea este de fapt premisa vinovăției [117, p. 145].

Referindu-ne din punct de vedere medical, responsabilitatea apare ca fiind acea calitate care constă în capacitatea individului de a-și atribui sau asuma plener toate obligațiile care rezultă din acțiunile sale liber consimțite, pe care le deliberează și le întreprinde, dar, și totodată și înțelege rezultatele sau consecințele în deplina corelațiune cu motivul sau scopul urmărit, în interesul propriu al persoanei și fără a prejudicia interesul colectivității [58, p.732].

Anticipând o serie de interpretări care au căutat punerea de acord a criteriilor de ordin filozofic și medico-psihologic cu cele de ordin social-juridic, calitatea de responsabilitate se caracterizează prin capacitatea integratoare de asumare a unei anume conduite, din punctul de vedere al conținutului și consecințelor acesteia, pe plan social, juridic, administrativ și moral, conduita consimțită și deliberată personal și considerată ca o necesitate, în funcție de cerințele, exigențele și normele de drept contemporane, ce guvernează în epoca pe care o traversează și momentul actual trăit, conduita ce este totodată condiționată de exprimarea voinței proprii, fără constrângeri sau limite de ordin endogen (starea de sănătate psiho-fizică, integritate morală) sau reactiv (starea de normalitate în relațiile cu lumea, cu societatea) în deplină libertate și neutralitate, de experiență de viață, de nivelul cultural, de poziția socială și situația concretă a existenței actuale (la un moment dat), capacitatea tradusă de ansamblul trăsăturilor unei personalități mature dispunând de potențialul necesar de înțelegere și angajare a riscului sancționării social-juridice” [58, p.732].

Responsabilitatea este în consecință un atribut al persoanei și totodată al colectivității care s-a format și perfecționat pe parcursul dezvoltării ontogenetice, paralel și condițional de formarea și dezvoltarea relațiilor interpersonale, de perfecționare a societății și relațiilor sociale. De aici rezultă și concluzia că această calitate dublă, reflectare și condiționare, se va perfecționa permanent în continuare.

Responsabilitatea este o premisă a infracțiunii - factorii respectivi, intelectivi și volitivi, la rândul său, necesari pentru existența vinovăției, care denotă sau marchează și prezența responsabilității. Respectiv responsabilitatea presupune doi factori: un factor intelectual și unul volitiv [26].

Absența unuia dintre ele duce la lipsa responsabilității și deci a stării de iresponsabilitate.

Responsabilitatea implică concomitent particularitățile personalității individual, care nu poate fi „tipizată” decât arbitrar în: matură, imatură, nevrotică, dizarmonică, psihotică, deteriorată și dementială, existând o serie de nuanțări sau clasificări chiar în cadrul personalității normale - mature, precum și condițiile concrete și diferite de afirmare a acesteia pe plan social, la un moment dat. Chiar la aceeași persoană există diferite grade, de angajare responsabilă, de la angajarea plenară până la iresponsabilitate. Respectiv responsabilitatea este o caracteristică fundamentală a personalității mature, normale referindu-se la aspectul psihic.

De fapt, trebuie să facem delimitarea răspunderii și responsabilității penale. Responsabilitatea la rândul său este un rezultat sau o consecință a preexistenței unei capacități bio-psihice a persoanei sau individului de a-și da seama de natura sau caracterul social periculos sau prejudiciabil al faptei sale unde sau prin care persoana să-și poată manifesta coordonat și dirija în mod voit propriile acțiuni sau fapte. Totodată, răspunderea penală conform reglementărilor penale legale reprezintă o condamnare publică prin care de fapt care infractorul se obligă să-și atribuie și să suporte rezultatele și consecințele incriminate de legea penală în rezultatul infracțiunii săvârșite. Astfel că numai o persoană responsabilă, care a săvârșit o faptă cu vinovăție penală, o anumită infracțiune, este și va fi supusă răspunderii penale (alin.2 art.51 CP). Respectiv, responsabilitatea presupune de altfel un fundament sau o premisă a răspunderii penale după cum se știe.

Considerăm, că responsabilitatea nu se află în legătură cu vina în afara componentei de infracțiune. Responsabilitatea este legată cu vina numai prin componenta de infracțiune, cu ajutorul subiectului și a laturii subiective.

Aceasta nu exclude faptul că responsabilitatea, ca semn al subiectului, aflându-se în componenta de infracțiune, este legată cu vina ca semn a laturii subiective; ele împreună asigură acțiunea principiului subiectiv de incriminare în dreptul penal. Modul acesta de abordare a corelației dintre responsabilitate și vină ne demonstrează că baza răspunderii penale, conform dreptului, este componenta de infracțiune.

Responsabilitatea este, în cele din urmă, capacitatea persoanei de a-și da seama în timpul săvârșirii infracțiunii de încălcarea normelor sociale, care sunt apărute de legea penală; de a fi în stare să-și dea seama de acțiunile sale și de a conduce cu ele. Aceasta este o cerință a responsabilității, dar numai atât nu este de ajuns, întrucât cerința dată este generală și neconcretă.

Caracteristica social-psihologică a responsabilității se evidențiază prin posedarea de către persoană a anumitor calități volitive și particularităților emoționale ale caracterului. Aceasta are o însemnătate deosebită pentru starea psihologică și trebuie luată în vedere la determinarea responsabilității [26].

Respectiv potrivit alin.1 art. 21 CP, numai persoana responsabilă poate fi și respectiv subiect al infracțiunii. Responsabilitatea persoanei este prezumată și nu trebuie dovedită. Însă în cazurile în care apar îndoieli cu privire la starea de responsabilitate a bănuțitului, învinutului sau inculpatului, organele urmării penale și instanțele judecătorești sunt obligate să stabilească starea psihică a acestora, adică responsabilitatea sau iresponsabilitatea lor.

Conform legii penale, se stabilește care persoană este iresponsabilă, caz în care se exclude răspunderea penală, sau responsabilă, urmând a i se aplica pedeapsa în vederea reeducării sale și a corelării conduitei în viitor cu cerințele reglementării penale. Legea a admis și a consacrat cele două stări proprii omului normal și anormal. Este responsabilă persoana care posedă capacitatea de a înțelege de ce fapta sa prezintă pericol social pentru relațiile sociale și care, totodată, posedă capacitatea de a se abține de la săvârșirea ei, iar iresponsabilă e aceea care nu este aptă de a-și aprecia faptele sau, chiar dacă le și poate aprecia semnificația socială, nu este însă capabilă a le stăpâni, nu le poate dirija în mod conștient datorită unei boli psihice.

Art. 23 CP definește iresponsabilitatea ca stare psihologică opusă responsabilității și caracterizează criteriile ce stau la baza ei. Deci și unde se prevede faptul că nu va fi susceptibilă sau pasibilă de răspundere penală persoana care, în perioada comiterii unei fapte social periculoasă și prejudiciabile, respectiv dacă aceasta nu putea fie să-și dea seama de acțiunile ori inacțiunile sale din cauza unei boli psihice cronice, sau nu putea să și le dirijeze din cauza unei temporare tulburări psihice sau din cauza altor stări de natură patologică, se afla de fapt la drept vorbind într-o stare de iresponsabilitate.

Iresponsabilitatea provine de la latinescul „inrespondere” ceea ce înseamnă a nu răspunde.

Iresponsabilitatea, după cum știm, este o stare de incapacitate de natură psiho-fizică a unei persoane care, la rândul său, fie că nu poate să-și dea seama de esența lucrurilor, natura și sensul ori valoarea morală și/sau socială și, respectiv, juridică a faptelor sale, pe care le comite și a rezultatelor sau urmărilor acestora, sau nu-și poate diriguia în mod normal voința, în raport cu propriile sale fapte [26].

Unii autori propun următoarea noțiune a iresponsabilității: „iresponsabilitatea este recunoașterea de către judecată a nevinovăției și responsabilității persoanei, care în momentul săvârșirii acțiunii socialmente periculoase, prevăzută de legea penală, în culmea stării psihologice provocată de o boală cronică mintală, adică, tulburare temporară a activității psihice, oligofreniei sau altei stări patologice, nu putea să-și dea seama de acțiunile sale sau să conducă cu ele” [237, pp. 9-11]. În cazul dat, se poate de spus, că persoana iresponsabilă poate fi declarată nevinovată în lipsa unor criterii juridice exacte, când este necesar de soluționat problema în mod juridic, nevinovăția persoanei iresponsabile nu se admite.

Iresponsabilitatea mai este definită ca fiind o cauză ce înlătură caracterul penal al unei fapte, datorită stării mintale a făptuitorului sau a altor motive ce i-au întunecat rațiunea [107, p. 117].

O persoană iresponsabilă nu percepe și nu înțelege de ce inacțiunile sau acțiunile sale presupun existența unui pericol social și de ce anume acestea au sau ar avea un caracter ilicit. O asemenea persoană nu este pedepsită, căci n-ar putea fi îndreptată prin aplicarea și, respectiv,

executarea pedepsei. Caracteristica stării de iresponsabilitate este și se caracterizează ca lipsa acestor facultăți psihice ale persoanei respective, care permit acesteia să înțeleagă caracterul și semnificația actelor sale de conduită sau să fie stăpână pe ele.

Starea de responsabilitate a persoanei se apreciază și se stabilește la momentul săvârșirii infracțiunii. Individul sau persoana care este apreciată ca iresponsabilă la momentul comiterii faptei prejudiciabile nu va mai putea așadar fi apreciat ca fiind subiect al infracțiunii și nici nu putea fi supusă răspunderii penale. Însă, în raport cu asemenea persoane, bineînțeles în baza unei hotărâri a instanței judecătorești, vor putea fi dispuse măsuri de siguranță, conform prevederilor Codului penal. Deci, aceste persoane își păstrează calitatea de subiect al dreptului penal (dar nu a infracțiunii) și, de aceea, față de ele pot fi aplicate măsuri de constrângere cu caracter medical, pentru a înlătura starea de pericol manifestată prin săvârșirea faptei prevăzute de legea penală și pentru a preveni noi manifestări antisociale.

Iresponsabilitatea psiho-fizică fiind datorată unor cauze care alterează sau tulbură normala funcționare a facultăților psihice, constatarea existenței incapacității psihice constituie o problemă care nu poate fi soluționată fără contribuția medicilor de specialitate. Medicii specialiști nu sunt chemați să se pronunțe asupra chestiunii dacă persoana pe care o vor examina este sau nu răspunzătoare penal; ceea ce ei trebuie să cerceteze și să constate este dacă biopsihic acea persoană, la data când a săvârșit fapta și condițiile în care a avut loc săvârșirea, era sau nu în stare, pe de o parte să-și dea seama de sensul și valoarea acțiunii sau inacțiunii sale, pe de altă parte, să-și determine și să-și dirijeze voința în mod conștient în manifestările de acest fel [90 p. 393]. Respectiv, pentru aprecierea normalității sau a gradului de afectare psihică, este necesară existența unui mijloc de probă care, prin utilizarea metodelor moderne de investigare și a activității unor specialiști în domeniu, să pună la îndemâna organelor judiciare un punct de vedere fundamental pe criterii științifice, care să dea posibilitatea luării unor decizii corecte cu privire la răspunderea celor care au săvârșit fapte social periculoase prevăzute de legea penală.

Prevederile alin.2 art.23 CP interzic tragerea la răspundere penală dacă: „... persoana care, deși a săvârșit infracțiunea în stare de responsabilitate, înainte de pronunțarea sentinței de către instanța de judecată îmbolnăvit de o boală psihică care a lipsit-o de posibilitatea de a-și da seama de acțiunile ori inacțiunile sale sau de a le dirija”.

Îmbolnăvirea de o boală psihică după săvârșirea infracțiunii, în principiu, nu servește drept temei pentru liberarea făptuitorului de răspundere penală. În raport, persoanei, în temeiul hotărârii judecătorești, îi pot fi aplicate măsuri de constrângere cu caracter medical, iar după însănătoșire ea poate fi supusă pedepsei, dacă la rândul său nu a expirat termenul prescripției respectiv nu există alte temeiuri pentru liberarea sa de pedeapsă și de răspundere penală [34 p. 80].

Așadar, boala cronică mintală se consideră boala psihică care durează o perioadă lungă de timp, care sub acțiunea tratamentului sau din altă pricină nu se înlătură sau se înlătură, dar nu până la sfârșit.

Deci, iresponsabilitatea reprezintă o cauză de înlăturare a caracterului penal al faptei, prevăzută de legea penală, deoarece îi lipsește un element esențial: vinovăția. Conținutul

iresponsabilității constă în absența capacității bio-psihiice care face imposibilă adoptarea unei conduite normale privind actele exercitate. Persoana aflată în incapacitate bio-psihiică este lipsită de un anumit grad de dezvoltare a însușirilor psihiice, astfel că nu poate aprecia în mod corespunzător necesitatea executării unor acțiuni - inacțiuni, modalitatea obișnuită de executare a acestora, rezultatele unor astfel de acțiuni și implicit nu poate înțelege consecințele actelor săvârșite sub aspectul răspunderii civile sau penale [158, p. 476].

Trebuie de luat în considerare, că la constatarea iresponsabilității persoanei, este necesar de avut în vedere, că dereglarea psihiică, care condiționează iresponsabilitatea, indiferent de caracterul ei, trebuie să existe în timpul săvârșirii faptei social periculoase și lipsește posibilitatea persoanei să-și dea seama de acțiunile (inacțiunile) sale sau să le dirijeze și sunt aplicabile anume la fapta dată [194, p. 41].

Considerăm, că iresponsabilitatea este o noțiune juridică, cu atât mai mult ea este o instituție a dreptului penal, argumentele fiind:

- iresponsabilitatea și criteriile ei sunt constatate de normele dreptului penal;
- iresponsabilitatea servește ca temei pentru eliberarea persoanei, care a comis o faptă social periculoasă, de la răspunderea penală;
- expertiza medico-legală psihiatrică se efectuează conform ordonanței organului de urmărire penală sau încheierii instanței de judecată;
- legea prevede cazurile obligatorii de efectuare a expertizei medico-legale psihiatrice;
- numai instanța de judecată poate recunoaște persoana iresponsabilă;
- recunoașterea persoanei drept iresponsabilă este un factor juridic;
- problemele medicale ale iresponsabilității se hotărăsc de către psihiatria judiciară, care are un rol auxiliar la înfăptuirea justiției pe dosarele penale.

Examinând iresponsabilitatea și responsabilitatea, comparând semnele și noțiunile lor observăm, că responsabilitatea este o categorie de sine stătătoare în dreptul penal, și nu o reflectare a iresponsabilității; ea are semnele ei concrete, ea servește ca cerință a răspunderii penale a subiectului pentru săvârșirea infracțiunii. Din aceste considerente, corect legiuitorul a inclus în legislația penală factorul responsabilității.

Respectiv putem concluziona că, responsabilitatea - este starea psihiică a persoanei, care include un nivel de dezvoltarea social psihologic, vârstă și stare psihiică a sănătății, capacitatea de a-și da seama de acțiunile și inacțiunile sale (să recunoască partea de facto a acțiunii social periculoase), de a se conduce de ele în timpul săvârșirii infracțiunii și de a purta în legătură cu această răspundere penală și pedeapsa pentru cele săvârșite.

În prezentul pasaj am concluzionat, că responsabilitatea și iresponsabilitatea sunt noțiuni juridice, prin care se permite deosebirea infracțiunii de fapta social periculoasă. Noțiunea juridică a responsabilității se aplică doar în cazul concret al faptei social periculoase, prevăzută de legea penală, iar în afara legii penale se exclude sensul său juridic.

Legislația penală a unor țări (Germania, Federația Rusă, Polonia etc.) recunoaște o stare intermediară între responsabilitate și iresponsabilitate, o responsabilitate parțială, redusă. La baza

acestei responsabilități stă o tulburare psihică ce nu-i permite persoanei să înțeleagă în deplină măsură caracterul și gradul prejudiciabil al acțiunilor (inacțiunilor) sale sau să le dirijeze. Aceste tulburări psihice nu exclud responsabilitatea, însă pot servi drept temei pentru stabilirea unei pedepse mai blânde sau pentru aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical, față de persoana care a săvârșit o faptă prejudiciabilă prevăzută de legea penală.

Codul penal al Republicii Moldova în art.23/1 recunoaște o astfel de responsabilitate intermediară, și anume: Responsabilitatea redusă unde se prevede că: „1) Persoana care a săvârșit o infracțiune ca urmare a unei tulburări psihice, constatată prin expertiza medicală efectuată în modul stabilit, din cauza căreia nu-și putea da seama pe deplin de caracterul și legalitatea faptelor sale sau nu le putea dirija pe deplin este pasibilă de responsabilitate penală redusă”.

Iar la alin. 2 se prevede că: „(2) Instanța de judecată, la stabilirea pedepsei sau a măsurilor de siguranță, ține cont de tulburarea psihică existentă, care însă nu exclude răspunderea penală”.

Între obligațiile pe care le au organele judiciare cu privire la cunoașterea persoanei infractorului se numără și acelea care privesc deficiențele de natură psihică ale celui cercetat, în care sunt incluse, pe de o parte, atât devianța psiho-morală, cât și cea psiho-patologică, deseori, fiind confruntată, justiția penală cu necesitatea distingerii între cele două. Și aceasta fie vizând răspunderea penală și a determinării gradului de vinovăție, fie în cel al luării unor măsuri de ocrotire, în domeniul rezolvării problemelor. Dar chiar și față de persoane care nu se fac vinovată din cauza unor maladii psihice de săvârșirea unor infracțiuni, dar prezintă, totuși un pericol social [172, p. 186].

Astfel, responsabilitatea sau capacitatea de a înțelege caracterul prejudiciabil al faptei, precum și capacitatea de a-și manifesta voința și a-și dirija acțiunile și poate fi definită drept ca o stare psihologică a persoanei care le întrunește pe aceste cerințe.

În art.21 CP al RM starea de responsabilitate este prevăzută și apreciată ca fiind de fapt un semn al infracțiunii care se caracterizează persoana fizică în calitate de subiect al infracțiunii, iar în art.22 CP se dă noțiunea de responsabilitate: „responsabilitatea este starea psihologică a persoanei care are capacitatea de a înțelege caracterul prejudiciabil al faptei, precum și capacitatea de a-și manifesta voința și a-și dirija acțiunile”.

Potrivit dispozițiilor art.23 CP, iresponsabilitatea constituie o cauză care înlătură caracterul penal al faptei și care prevede în alin. (1) unde se menționează că: „Nu este pasibilă de răspundere penală persoana care, în timpul săvârșirii unei fapte prejudiciabile, se afla în stare de iresponsabilitate, adică nu putea să-și dea seama de acțiunile ori inacțiunile sale sau nu putea să le dirijeze din cauza unei boli psihice cronice, a unei tulburări psihice temporare sau a altei stări patologice”. Astfel crima nu va avea caracter criminal ca urmare a intervenției unei afecțiuni sau devianțe psihice, adică dacă acesta are o minte care este „înstrăinată” de rațiune sau de judecată (alienat mintal) [159, p. 3].

Pentru a stabili dacă o persoană a acționat cu discernământ, adică și-a dat seama de gradul de pericol social pe care îl prezintă fapta săvârșită și a putut să facă deosebire între aceea ce este permis și ceea ce nu este permis de lege, sunt necesare concluziile unor medici specialiști.

Astfel, intervine necesitatea efectuării expertizei medico-legale psihiatrice, este o activitate specifică desfășurată în cadrul instituției medico-legale, și care constă în investigarea stării psihice. Aceasta la rândul său oferă justiției penale la drept vorbind o probă științifică în stabilirea stării de responsabilitate (cu alte cuvinte răspunde la întrebarea dacă persoana respectivă a acționat sau nu cu discernământ) [347].

Expertiza medico-legală psihiatrică stabilește următoarele obiective:

- a) prezintă sau nu tulburări psihice și diagnosticul actual al acestora al persoanei expertizată;
- b) pentru excluderea disimulării sau simulării afecțiunilor psihice ale persoanei;
- c) dacă subiectul poate fi urmărit penal sau judecat cu capacitatea sa psihică actuală;
- d) la momentul săvârșirii faptei de a se constata capacitatea psihică a persoanei;
- e) constatarea discernământului față de fapta realizată.

Măsurilor de siguranță se recomandă cele cu caracter medical sau măsurile educative care sunt prevăzute de Codul penal, în funcție de aprecierea gradului lor de pericolozitate socială și bineînțeles de prognosticul tulburărilor psihice constatate [373].

Expertiza se efectuează după ce făptuitorul a fost internat într-o clinică de specialitate, unde este supus unor examene clinice și de laborator, care oferă specialiștilor elementele necesare stabilirii prezenței sau absenței discernământului, la data la care făptuitorul a comis infracțiunea [189, p. 186].

Pentru a înțelege mai bine ce reprezintă expertiza medico-legală psihiatrică, trebuie să facem câteva precizări despre modul de desfășurare a acesteia.

Expertiza medico-legală psihiatrică la rândul său nu va putea fi redusă la doar formularea unui diagnostic sau respectiv enunțarea lui, aceasta de fapt presupune valoarea sa probatorie sau o finalitate social-juridică, ce îi conferă concludența sa.

Vorbind despre obiectivele expertizei medico-legale psihiatrice, plecând de la prevederile legislației actuale și de la necesitățile practicii juridice și de asistență medico-legală, sunt constituite de următoarele:

- f) stabilirea stării psihice de sănătate a unei persoane;
- g) caracterizarea complexă a personalității individului expertizat din punct de vedere socio-psihologic cu specificarea trăsăturilor acesteia în legătură cu diagnosticul psihiatric;
- h) aprecierea legăturii cauzale dintre caracteristicile personalității și elementul subiectiv al actului criminal comis [350].

În aceeași ordine de idei putem menționa faptul că art. 30 prevede că: „spitalizarea în spitalul de psihiatrie a persoanelor îndreptate la expertiza psihiatrică legală staționară și pentru aplicarea măsurilor coercitive cu caracter medical se efectuează doar prin decizia instanțelor de judecată” [148, nr.591, din 20.08.2010].

Așadar, această examinare a bolnavului psihic trebuie să fie unul minuțios, amănunțit și complex. Rezultatele acestei expertize medico-legale, psihiatrice, adică examinării propriu-zise trebuie să fie din partea organului de urmărire penală și/ sau din partea procurorului trebuie să includă informațiile și datele necesare care să le permită de a lua hotărârea de a continua să facă

cercetări față de învinuitul sau inculpatul vizat sau mai întâi pentru început se cere internarea lui într-un spital de profil [374].

Acest raport de expertiză psihiatrică, adică medico-legală trebuie să aibă următoarele părți componente (Vezi Anexa nr.1.4):

- raportat la cazul concret cu obiectivele propuse în expertiză;
- se face o referință la tipurile și categoriile documentelor analizate (dosarul cauzei, ordonanța, formularul privind internarea curentă sau examene de specialitate în ambulatorie, formularul din internări, ancheta socială etc.);
- descrierea faptei comise (categoria faptei, motivele, circumstanțele și împrejurările în care a fost aceasta comisă, modalitățile de săvârșire, comportamentul post-faptic);
- circumstanțele psihologice dar și cele biologice;
- antecedente personale (școlarizare, profesie, situația militară), antecedente patologice, antecedente comportamentale, antecedente penale;
- mediul social.

Expertiza medico-legală propriu-zisă (examenul psihic, examenul psihologic, investigații paraclinice special, referitor la faptă - o recunoaște sau nu, sentimental de vinovăție, discuția cazului - excepțional, concluziile).

Acest tip de expertiză face parte din categoria expertizelor individuale care este prevăzută în art. 154 din Legea cu privire la expertiza judiciară, constatările medico-legale și tehnico-științifice, care stipulează și reflectă faptul că: „care se efectuează de către un expert, și finalizează cu întocmirea unui raport în care sunt formulate concluziile expertului sau expertiza individuală se consideră cercetarea pe un caz concret” [106, nr.144-145, la 16.11.2000].

Expertiza psihiatrică a infractorilor cu deficiențe psihice: oligofreni, idioti, imbecili, cretini etc., nu ridică probleme deosebite dacă există o suficientă documentație, acestea fiind depistate și diagnosticate de timpuriu (grădinițe, școli, armată). O problemă mai deosebită o pun acei cu forme mult mai ușoare, în special cazurile limită, o parte fiind și recuperabile prin dirijarea către instituții specializate [14, 1999, p.167].

În dependență de rezultatul raportului de expertiză medico-legală psihiatrică se vor aplica sau nu măsurile de constrângere cu caracter medical, care potrivit art. 99 pot fi, fie internarea într-o instituție medicală cu supraveghere riguroasă, fie internarea într-o instituție psihiatrică cu supraveghere obișnuită [63, nr.72-74, din 14.04.2009]. În acest sens, art. 13 alin. (1) din Legea privind asistența psihiatrică din 16.12.1997 prevede că: „potrivit temeiurilor și în modul stabilit de Codul penal și Codul de procedură penală în baza hotărârii judecătorești, se aplică măsuri medicale coercitive persoanei suferinde de tulburări psihice care a săvârșit acțiuni periculoase pentru societate” [105, 44-46 la 21.05.1998]. Pentru ca hotărârea de judecată să fie completă în privința aplicării acestor măsuri de constrângere, judecătorul trebuie să țină cont de prevederile art.22 din HP al CSJ al RM cu privire la respectarea normelor de procedură penală la adoptarea sentinței care prevede că: „persoana care a săvârșit o faptă social periculoasă pentru adoptarea sentinței în privința

care îl lipsește de posibilitatea de a-și da seama și a-și controla acțiunile sale adică care se află în stare de iresponsabilitate după săvârșirea infracțiunii prevăzută de partea specială a CP, sau care a avut dereglări psihice în ședința judiciară trebuie să fie stabilit incontestabil fapta concretă social periculoasă. Fapta social periculoasă trebuie să fie apreciată de către instanța judecătorească, iar aceasta trebuie să aprecieze și să verifice capacitatea mintală a acestei persoane, probele prezentate la cercetarea chestiunii privind caracterul și gradul tulburărilor psihice la momentul săvârșirii infracțiunii și în timpul examinării cauzei în judecată. Și astfel, dacă, instanța se va ajunge la concluzia că anume această persoană a săvârșit fapta social prevăzută de legea penală în stare de iresponsabilitate de către instanța de judecată aplicarea unei măsuri de constrângere cu caracter medical urmează să soluționeze chestiunile” [179, nr.10 din 24.04.2000].

În CP român se reglementează trei cauze care exclud responsabilitatea: iresponsabilitatea, beția și minoritatea. CP român a adoptat în acest fel criteriul bio-psihologic pentru definirea iresponsabilității penale, ceea ce înseamnă sau presupune că nu este suficientă doar constatarea existenței afecțiuni psihice anumite în favoarea iresponsabilității dar, pentru a concluziona, este necesar să se constate, în așa fel, că respectiva afecțiune a înlăturat într-un anumit mod concret și capacitatea de înțelegere și voință a persoanei.

Beția este consumul sau introducerea în corpul uman a anumitor substanțe excitante sau narcotice, care provoacă la rândul său o stare psihologică anormală în care se găsește o persoană, datorită efectelor pe care le are asupra organismului și asupra facultăților sale mintale acelei persoane substanțele menționate [63, p. 271].

În știința dreptului penal [63, p. 272] se face distincție între mai multe feluri de beție, ținându-se seama de atitudinea psihică a persoanei în cauză față de provocarea stării de ebrietate, de gradul acesteia.

Astfel că din atitudinea persoanei față de provocarea stării de beție, se face distincție între:

- beția accidentală (fortuită),
- beția voluntară.

Prima este provocată independent de voința persoanei în cauză, iar beția voluntară este simplă când este produsă fără ca persoana să aibă intenția de a se îmbăta, și preordinată - când persoana și-a provocat starea de beție în vederea săvârșirii infracțiunii. Din cele ce preced, rezultă că între eroarea de fapt și beție există legături, atât sub aspectul prevederii faptei de către legea penală, dar și sub aspectul că această stare trebuie să se fi consumat pe tot parcursul săvârșirii faptei, iar starea de beție trebuie să fie complet produsă de alcool și de alte substanțe [30, p. 148]. Beție voluntară sau stare de acest gen de natură completă poate constitui, în dependență de situație o circumstanță agravantă sau atenuantă. În sensul celor consemnate, într-un caz concret s-a considerat că inculpatul nu poate invoca această circumstanță atunci când, deși știa că fiind bolnav, îi este interzisă consumarea alcoolului, a consumat totuși astfel de băuturi, iar starea în care a ajuns a contribuit în mod direct la creșterea potențialului agresiv, săvârșind o tentativă de omor. La art. 29 CP român se prevede faptul că nu este imputabilă fapta prevăzută de legea penală săvârșită de persoana care, în

momentul comiterii acesteia, nu putea să-și dea seama de acțiunile sau inacțiunile, ori nu putea să le controleze, din cauza intoxicării involuntare cu substanțe alcoolice sau cu alte substanțe psihoactive. Așadar, beția cunoaște diverse forme, în raport cu situațiile sau cauzele care au provocat-o și de intensitatea acesteia.

Deci, în funcție de intensitatea ei, starea de beție poate fi de o natură completă, atunci când îi este subiectului înlăturată capacitatea de a discerne, înțelege și a voi a fi incompletă, când efectul beției presupune doar într-o atenuare a acestor capacități. Așa cum s-a subliniat în doctrină, aceste forme ale beției trebuie deosebite de situațiile de intoxicația cronică cu alcool, care include o stare patologică de alterare permanentă a facultăților psihice ale subiectului, putând conduce chiar la pierderea capacității volitive și intelective. În aceste cazuri răspunderea penală va fi înlăturată nu pe temeiul dispozițiilor referitoare la beție dar pe prezența unei veritabile afecțiuni psihice (psihoză alcoolică, paranoia alcoolică, delirium tremens etc.).

Trebuie subliniat că în dreptul italian ca și în cel român există un text de lege care asimilează intoxicația cronică cu alcool iresponsabilității, dar soluția poate fi promovată și în CP RM chiar în absența unui text legal.

Alți autori propun o clasificare mai detaliată care distinge între beția letargică, care dă naștere unei stări de inconștiență ce exclude însăși ideea de comportament uman voluntar, beția completă, ce exclude responsabilitatea, beția incompletă ce atenuază responsabilitatea și simpla excitație alcoolică, fără efecte în planul răspunderii [267, p. 309; 268, p. 400].

Prin combinarea criteriilor de clasificare menționate, pot fi identificate mai multe categorii ale stării beției, relevante prin prisma efectelor care le are asupra răspunderii penale. Însă, beția completă involuntară la rândul său este unica formă care exclude responsabilitatea. Aceasta intervine atunci când subiectul ajunge în mod involuntar să întrebuințeze sau să consume anume substanțele care îi provoacă această stare. O beție involuntară va exista chiar și în situația în care subiectul voluntar a consumat substanțele respective, dar s-a aflat într-o eroare esențială cu privire la efectele sau natura lor. De exemplu, subiectul ia anumite medicamente fără a ști că acestea sunt susceptibile să producă o asemenea stare. Pentru a înlătura vinovăția, beția involuntară trebuie să fie completă, adică să înlătore capacitatea subiectului de a înțelege semnificația actelor sale sau de a fi stăpân pe acestea. În acest sens practica a statuat că beția este completă atunci când procesul de intoxicare cu alcool sau alte substanțe este atât de avansat încât a dus la totala întunecare a facultăților psihice ale persoanei, aceasta nemaifiind stăpână pe mișcărilor ei fizice și neavând capacitatea de a înțelege și a voi [267, p. 309; 268, p. 400; 7, p. 240]. Beția involuntară completă trebuie așadar să existe la momentul comiterii infracțiunii, adică a faptei infracționale, iar în cazul infracțiunilor cu o durată de consumare care să se mențină pe toată durata acțiunii. În măsura în care elementul subiectiv sau rezoluția infracțională a fost luată sub așa-zisul imperiul acestei stări dar, la rândul său, executarea a început sau a continuat după dispariția ei, vinovăția, la rândul său, nu va fi înlăturată pentru acele comise în absența beției involuntare și complete, după cum se știe.

Minoritatea presupune că nu este imputabilă fapta săvârșită de un minor, prevăzută de legea penală, care la data comiterii acesteia, nu îndeplinea condițiile legale pentru a răspunde penal. Așadar, persoana fizică are o viață ce se dezvoltă ascendent și descendent, parcurgând mai multe etape, fiecare cu caracteristici bio-psihofizice proprii. Copilăria, adolescența, maturitatea și bătrânețea (etape ale vieții) primesc o semnificație deosebită atât în plan individual, cât și social-economic, motiv pentru care nu pot fi ignorate de cercetătorii din domeniul fiziologiei, sociologiei și dreptului. Copilul, dar și adolescentul, în anumite limite, nu are capacitatea deplină de a-și evalua acțiunile proprii în raport cu experiențele sociale și juridice. Acest fapt este normal în raport cu vârsta fragedă, când abia sunt asimilate elementele primare ale conștiinței sale. Așa, după cum remarcă O. Rotari, printre tendințele comportamentale ale adolescenților se regăsește și reacția de emancipare, eliberare de standardele impuse de adulți într-o formă radicală, manifestându-se în negarea valorilor sociale și a normelor cu caracter social [132, p. 459]. Iată de ce educația prin acțiuni pedagogice sistematizate și de durată, va contribui la dezvoltarea capacității sale spirituale și fizice, care-1 vor face, treptat, să-și dea seama de acțiunile sale, să distingă binele de rău, să conștientizeze ceea ce este permis și ce nu, și să sesizeze natura și urmările nocive sau benefice ale comportării sale. De această fragilitate bio-psihofizică trebuie să se țină seama atunci când sunt preconizate măsuri cu privire la comportamentul minorilor, în vederea prevenirii unor fapte antisociale. Nu întâmplător, organismele internaționale, ONU, în Declarația Universală a Drepturilor Copilului, Convenția cu privire la drepturile copilului, adoptată la Adunarea Generală ONU la 20 noiembrie 1989, semnată și de România la 26 ianuarie 1990, au manifestat preocupare pentru drepturile copiilor la ajutor și asistență, protecție juridică adecvată, precum și pentru crearea unor condiții materiale și spirituale, de natură să le asigure o dezvoltare normală, fizică și intelectuală. Persoana fizică are o viață ce se dezvoltă ascendent și descendent, parcurgând mai multe etape, fiecare cu caracteristici bio-psihofizice proprii. Cele două etape la care ne-am referit copilăria și adolescența - când formează o capacitate psihică, care pe plan juridic, este noțiunea de „minoritate”. În lipsa capacității psihice, persoana nu poate fi socotită subiect de răspundere penală și deci, nu are capacitate penală. Capacitatea psihică, a persoanei reprezintă o totalitate de trăsături psihice care se formează și se dezvoltă treptat, în faza copilăriei și a adolescenței, pe măsura înaintării sale în vârstă, adică, respectiv, pe întreaga durată care precede ajungerea, a perioadei după cum știm, la majorat și pe care legislația noastră penală și respectiv cea civilă o cunosc sub denumirea de „minoritate” [156, p. 51]. Din punctul de vedere al legii penale, în raport de existența sau inexistența capacității psihice, minorii se împart în două categorii: minorii care nu răspund penal și minorii care răspund penal. Criteriul principal avut în vedere la determinarea menționată este vârsta. Referindu-se la răspunderea penală a minorului O. Rotari subliniază faptul că subiect al infracțiunii poate fi numai o persoană, care în momentul săvârșirii infracțiunii trebuie să aibă o anumită limită de vârstă [133, p. 33]. Minorii, până la o anumită vârstă, care diferă de la stat la stat și de la o epocă la alta, sunt presupuși a nu avea capacitate psihică necesară pentru a răspunde penal. Cei care depășesc vârsta ce exclude răspunderea penală, mai avansați sub raportul dezvoltării

facultăților psihice, de regulă nu răspund penal, dar această concluzie poate fi infirmată prin luarea în considerare a unui criteriu complementar: existența sau inexistența discernământului. Dincolo de acest prag de vârstă și până la majorat, minorii răspund din punct de vedere penal dar vor beneficia de un tratament juridic penal atenuat în raport cu cel al infractorilor majori. Mai toate legislațiile penale, ținând seama de caracterul progresiv al dezvoltării psihice a copiilor și adolescenților, au împărțit minoritatea în trei perioade, situate între anumite vârste: perioada responsabilității îndoielnice sau relative, perioada neresponsabilității absolute și necondiționate; în care existența răspunderii penale este condiționată de constatarea perioadei responsabilității certe de atenuare și discernământului. Literatura juridică penală, în general, a socotit cu temei că aceste perioade sunt logice, științifice și justificate penalmente, pentru că permit proporționalizarea responsabilității și sancțiuni în raport cu capacitatea minorului de o natură psiho-fizică și care îi conferă în realizarea justiției față de minori o mare elasticitate. Școala pozitivistă, prin R. Garofalo, socotește, totuși, acest regim ca „o teorie grosieră fiindcă, dacă înclinația criminală se manifestă din copilărie, aceasta ar justifica o segregare perpetuă sau cel puțin, temporară a tânărului delicvent, în câteva luni de închisoare în așa-zisele case de corecție, mai degrabă case de corupție. O problemă deosebit de importantă pentru sociologi, psihologi și juriști o constituie stabilirea vârstei minime de la care un minor poate avea capacitatea de a înțelege, de a discerne între ceea ce este bine și ceea ce este rău și de a-și dirija în mod conștient voința și acțiunile. Stabilirea acestei limite inferioare diferă de la o epocă la alta și de la stat la stat, în funcție de condițiile socio-economice, de realitățile sociale și umane, de starea de dependență a minorilor de educația morală și intelectuală, de condițiile generale de viață și conviețuire socială etc. Cercetările criminologice au scos în evidență că lupta împotriva fenomenului infracțional în rândul minorilor trebuie dusă, în principal, în domeniul prevenției și educării și nu pe tărâmul sporirii răspunderii juridice a acestora” [269, pp. 354-363]. Deci, această tendință ar presupune organizarea unor structuri corespunzătoare precum și determinarea organelor capabile să organizeze în condiții optime aceste obiective. Existența discernământului se stabilește pe baza concluziei unei expertize de specialitate și ea se raportează întotdeauna la fapta concretă. De aceea, este posibil ca, în ipoteza comiterii de către minor a mai multor fapte prevăzute de legea penală, în raport cu unele să se constate prezența discernământului, iar în raport cu altele să se stabilească absența acestuia [267, p. 398; 7, p. 238]. Este de apreciat faptul că sunt relevante în acest sens și prevederile articolului 475 Cod procedură penală al RM - Circumstanțele care urmează a fi stabilite în cauzele privind minorii unde la alin. (2) se menționează că: În cazul când minorul care nu este legat de o boală psihică, suferă de debilitate mintală, dacă el a fost pe deplin conștient de săvârșirea actului va trebui să se stabilească. Astfel în asemenea circumstanțe, vor fi ascultați învățătorii, educatorii lui, părinții minorului, și alte persoane care ar putea comunica datele necesare. Se va cere prezentarea documentelor necesare, precum și se va dispune și efectuarea unei anchete sociale, și se vor efectua bineînțeles în aceste împrejurări și alte acte judiciare și de urmărire penală.

2.2. Iresponsabilitatea penală și istoricul reglementării și elemente de drept comparat. Coraportul ei cu cauzele care înlătură caracterul penal al faptei/cauzele justificative potrivit legislației penale din România și Republica Moldova

Împotriva persoanei lipsite de capacitate psihică se pot lua măsuri de siguranță a internării medicale. Interpretările istorice dovedesc că, în general, legislațiile penale din toate orânduirile sociale au acceptat că fapta prevăzută de legea penală săvârșită în stare de ireponsabilitate să nu fie pedepsită.

Platon consideră că nebunul nu poate fi condamnat decât la daune interese. În dreptul roman, nebunul era apărat de pedeapsă. În dreptul barbar și cel canonic situația era identică.

În Evul Mediu, unde nebunii erau considerați ca posedați de spirite rele, se admiteau unele situații în care erau pedepsiți pentru faptele lor. Dar, treptat, sub influența literaturii de specialitate s-a ajuns la concluzia că ireponsabilii nu trebuie pedepsiți, dispărând excepțiile din faza inițială. Legislațiile penale moderne inspirate din doctrina clasică a sec. XII fără excepție, admiteau nepedepsirea persoanelor lipsite de capacitate psihică [85, p. 339].

Așadar, pe parcursul evoluției societății la diferite etape sociale s-au cunoscut mai multe aprecieri asupra diferitor concepte de drept în legi și codificări de legi chiar și înaintea erei noastre.

Bunăoară în Lex Cornelia se menționează că atentatele criminale se pot realiza de către persoane cu tulburări sau alienări mintale care fie atenuază sau chiar exclud după caz responsabilitatea penală [40, p. 161].

Respectiv, în Cartea Românească de învățătură și în pravilele lui Vasile Lupu din 1646 de la Iași „îndreptarea legii” a lui M. Basarab de la Tîrgoviște din 1652 fac referință la starea psihică pe care o apreciază că nebunia poate fi de mai multe tipuri ca una statornică, cu întreruperi sau una simulată, starea de beție constituia o stare de atenuare [40, p. 161].

În decursul timpului și legislația penală română a cunoscut reglementări prin care ireponsabilul era apărat de pedeapsă. Dintre vechile legiuiiri, cea mai completă reglementare conține [108, p. 266. Ea face referiri la modul cum trebuie să procedeze judecătorii față de persoanele care simulează nebunia, pretinzând și efectuarea unor cercetări medicale - să întrebe și pe vraci, care poate lesne îl vor cunoaște de va fi un nebun adevărat. Ireponsabilitatea este exprimată astfel - omul ce va fi din afară de minte, acela măcar ce greșeală ar face nu se va certa [147, p. 754]. Codul Știrbey, în art. 52, prevedea că nu se socotește (consideră) crimă sau vină faptul săvârșit de o persoană care se află în stare de smintire a minții sau când a fost silit (obligat) de o putere la care nu a putut rezista. CP din 1864 (art. 75 reglementează ireponsabilitatea, beția accidentală, somnul natural sau fortuit, somnambulismul sau somnul hipnotic printre cauzele care fac ca fapta să nu fie infracțiune) [13, pp. 96-97]. Astfel, potrivit acestui text legal, nu se socotește nici o vină, nici un defect, faptul săvârșit în stare de smintire și în orice stare de pierdere a uzului rațiunii sale, prin cauze independente de voința sa. CP Carol al II-lea enumera alienația mintală printre cauzele care apără de pedeapsă sau o micșorează. Potrivit art. 128, nu răspunde de infracțiune acela care, în momentul săvârșirii ei, se găsea în stare de inconștiență din cauză de alienație mintală sau din alte cauze. CP român din 1969

reglementează iresponsabilitatea printre cauzele care înlătură caracterul penal al faptei în baza art. 48. Analizând comparativ CP din 1938 și cel din 1969, constatăm că nu există deosebiri cu privire la conținutul și condițiile iresponsabilității, ambele reglementări se referă la starea de inconștiență din momentul săvârșirii faptei. Sub aspectul efectelor produse cele două reglementări (din 1938 și din 1969) diferă esențial. CP din 1938 consideră iresponsabilitatea o cauză care înlătură răspunderea penală, dar apreciază fapta ca fiind infracțiune, iar reglementarea CP din 1969 respectă principiul potrivit căruia fără vinovăție, nu există infracțiune. Deci fapta prevăzută la rândul său, de legea penală, săvârșită de o persoană care la rândul său, iresponsabilă, nu constituie infracțiune, deoarece, datorită stării sale de incapacitate psihică, persoana nu-și poate da seama de acțiunile sau inacțiunile sale ori nu este stăpână pe voința sa. Ambele reglementări se referă la starea de inconștiență din momentul săvârșirii faptei. Starea de iresponsabilitate a subiectului este reglementată:

- a) în titlul privitor la infractor în CP italian, CP model american;
- b) în CP german, CP spaniol aceeași materie este reglementată în capitolul privind infracțiunea, deși în CP spaniol există un titlu distinct privind persoana responsabilă de săvârșirea infracțiunii;
- c) CP portughez, CP francez reglementează starea de iresponsabilitate în capitolul privind cauzele de iresponsabilitate ori de atenuare a responsabilității, împreună cu eroarea, constrângerea, ordinul legii, legitima apărare și starea de necesitate.

În dreptul penal francez demența este reglementată printre cauzele de neimputabilitate. Astfel, art. 64 prevede că nu există nici o crimă și nici un delict în momentul în care prevenitul era în stare de demență în timpul acțiunii. Termenul de demență desemnează toate formele de alienație mintală de la afecțiunile congenitale ale inteligenței (cretin, idiot, imbecil), până la cele datorate unor maladii (paralizie generală, demență precoce). El vizează nu numai nebunia generală, ci și nebunia localizată (de exemplu, mania persecuției). Termenul demență nu a avut niciodată vreo semnificație medicală foarte precisă, el exprimând stadiul incipient la care se găsea psihiatria în momentul redactării CP din 1810 [284, pp. 125-131].

Orice deficiență, tulburare sau boală psihică se poate repercuta, în funcție de gravitatea ei, asupra comportamentului individului, determinând devieri de la normele de conduită normală ale acestuia, devieri care pot merge până la cele mai grave încălcări ale legii penale chiar și până la crimă. Nerecunoașterea sau neluarea în considerare a deficiențelor de ordin psihic, de care eventual suferă o persoană care a intrat în conflict cu legea penală constituie o eroare dintre cele mai grave, care poate transforma actul de administrare a justiției într-o activitate pur mecanică, nu numai ineficientă, dar și inumană. În așa fel, potrivit art. 31 din CP român, nu va constitui infracțiune fapta prevăzută de legea penală, dacă în această situație, făptuitorul, în momentul săvârșirii faptei în cauză, fie din motivul sau cauza alienației mintale, fie din alte cauze, în care nu putea să își dea seama de acțiunile sale sau inacțiunile sale, ori nu putea fi stăpân pe ele, adică nu le putea coordona. Așadar, iresponsabilitatea este o stare opusă responsabilității (discernământului). Ea, însă, nu trebuie confundată cu incapacitățile care decurg din lege, deoarece dacă acestea se pot datora și incapacității psiho-fizice, incapacitatea psiho-fizică nu poate decurge din lege. În așa mod,

iresponsabilitatea poate fi una înnăscută (congenitală) sau survenită (apărută pe parcursul vieții persoanei cum ar fi de exemplu unele tulburări psihice care apar cu vârsta înaintată (psihozele de involuție) și să se datoreze unor anomalii (într-un termen general, nebunie sau descrise fiind mai detaliat acestea fiind schizofrenia, epilepsia, psihoza maniaco-depresivă, tulburările psihice în traumatismele cranio-cerebrale, tulburările psihice în tumorile cerebrale, tulburările psihice în infecția sifilitică, sau pe fondul bolilor somatice (psihozele somatogene), sau bolile vasculare cerebrale, oligofreniile și psihopatiile sau psihozele reactive, uneori nevrozele etc.), prin care sunt desemnate toate bolile mintale, independent de cauzele lor, cunoscute sau nu, ori de efectele acestor cauze (delir, demență etc.) [37, p. 158].

La fel ca și alte CP (CP italian, CP spaniol, CP german, CP francez), CP român a adoptat criteriul bio-psihologic pentru aprecierea iresponsabilității, ceea ce presupune că nu este, la rândul său, suficientă doar constatarea existenței unei stări de afecțiuni psihice pentru a putea, deja, aprecia și concluziona în favoarea iresponsabilității, ci este în plus necesar să se constate în această situație, că respectiva, afecțiune în cauză, a înlăturat în mod concret capacitatea de voință și înțelegere. Având în vedere marea varietate a afecțiunilor psihice susceptibile să afecteze responsabilitatea în factorul ei intelectual sau volitiv, legiuitorul a preferat să recurgă la un concept generic, acela de alienație mintală [22, pp. 215-222]. De exemplu, în practică s-a recunoscut starea de iresponsabilitate în cazul inculpatului care suferă de schizofrenie, schizofrenie paranoidă sau oligofrenie de gradul I [152, p. 203; 150, p. 63; 151, p. 235]. Iresponsabilitate poate exista și datorită altor cauze decât stările de alienație mintală.

În legătură cu aceasta, menționăm faptul că în domeniul dreptului penal, expresia de alienație mintală este utilizată ca o categorie generică prin care se desemnează orice boală mintală. Alienația mintală cuprinde atât delir și psihozele cu halucinații etc. (ceea ce în mod curent numim nebunie), cât și cretinismul, idioția, nevroze, infantilismul, și alte tulburări ale intelectului persoanei. Alienația mintală, se datorează, după cum vedem, unor anomalii care fac imposibilă dezvoltarea facultăților psihice ori aceasta este din cauza unor maladii ale sistemului nervos etc. pe bună dreptate, specialiștii psihiatri aduc obiecții serioase față de modul de definire a alienației mintale, care, în psihiatrie, aproape că nu se mai folosește [137, p. 34]. Atât timp, însă, cât specialiștii psihiatri nu pun la dispoziție o altă expresie unanim acceptată, și cel puțin tot atâta de (sau chiar mai) potrivită, pentru a desemna deficiența, tulburarea sau boala psihică care are (sau care au) drept consecință crearea stării de iresponsabilitate penală a unei persoane, expresia alienație mintală, cu semnificația generală amintită, poate fi utilizată atât în dreptul penal, cât și în criminologie, indiferent de discuțiile la care poate da naștere felul în care este ea definită de către juriști.

2.2.1. Determinări conceptuale cu privire la noțiunea de „persoană ce suferă de tulburări psihice”

Întru determinarea conceptului noțiunii de persoană ce suferă de *tulburări mintale*, ar fi corect să recunoaștem comportamentul fiecăruia din noi, în momentul când vedem rătăcind pe stradă o

persoană care pare a avea un comportament deviant. Conduita sa în public este diferită de normal, anume prin faptul că persoana duce un dialog cu sine însăși, gesticulează, strigă, povestește istorii etc. Analizând comportamentul societății în cazuri similare am observat că majoritatea din noi ne străduim să ne ferim de ei, simțindu-ne pe moment deranjați sau chiar tratând conduita lor ca fiind periculoasă. Trebuie să recunoaștem că înțelegem foarte clar că sunt tocmai acești oameni care suferă de maladii mentale și pe care majoritatea-i consideră a fi un pericol social.

Pornind de la faptul că timp de secole, în multe societăți explicațiile religioase și spirituale au dominat modul în care au fost tratate persoanele cu disfuncții mintale. În secolul XVII, nebunia era apreciată drept o stare fizică. Numărul crescând al persoanelor sărace cu disfuncții mintale a fost îngrijorător, aceștia fiind întemnițați în închisori publice, case pentru săraci și în spitale.

Definiția istorică a nebuniei nu trezea, astfel, în comunități mila sau compasiunea. În primele decenii ale secolului al XVIII, opinia dominantă era că persoanele ce sufereau de boli mintale sunt incurabile și erau tratate ca rasă inferioară a omului. Aceștia erau închiși în locuri speciale. Reformarea acestor instituții a coincis cu dezvoltarea calităților de compătimire și preocupări umanitare din secolul XVII. Astfel, multe instituții au introdus programul de tratament așa zis „moral” [75¹].

În multe țări dezvoltate, din păcate, dezinstituționalizarea nu a fost însoțită de dezvoltarea unor servicii comunitare pe potrivă totodată, serviciile pentru sănătatea mintală de tip occidental au început cu implicarea autorităților în construcția spitalelor pentru boli mintale, la sfârșitul secolului XIX, începutul secolului XX.

Unele țări în curs de dezvoltare au fost capabile să aducă la un nivel mai înalt serviciile spitalelor și să stabilească noi unități de psihiatrie în cadrul spitalelor generale de district sau să integreze serviciile pentru sănătatea mintală în sistemul general de sănătate prin instruirea cadrelor primare în domeniul sănătății mintale. În majoritatea țărilor în curs de dezvoltare, serviciile de psihiatrie sunt, în general puține, și acoperă necesitățile unei mici părți a populației, confruntându-se cu un deficit acut de resurse umane instruite.

Dar există și motive de optimism. Secolul XXI a adus îmbunătățiri semnificative în îngrijirile persoanelor cu disfuncții mintale. Descoperirile făcute în domeniul respectiv au scos în vileag originea socială a disfuncțiilor. Este vorba de depresie și anxietate.

Menționăm pe scurt esența termenului de anxietate. Caracterul de concept generic al anxietății, faptul că acesta constituie obiectul de interes pentru o gamă largă de discipline amplifică dificultatea stabilirii exacte a conținutului acesteia. Pe lângă termenul de anxietate în psihologie mai există mulți alți termeni sinonimi sau înrudiți semantic ca: frica, teama, spaima, aprehensiunea, neliniștea și panica.

Deseori anxietatea a fost redusă, chiar identificată cu aceste stări ce desemnează realități apropiate și totuși extrem de diferite. G. Breslav definește frica ca o reacție emoțională de tipul afectului care survine când subiectul ajunge într-o situație primejdioasă fără a fi pregătit pentru aceasta. Frica este caracterizată de faptul că are un obiect „real” precis: frica este frica de ceva și există motive obiective pentru care ea apare.

P. Popescu-Neveanu prezintă teama ca o stare sau un proces emoțional negativ ce implică insecuritate, neliniște, alarmă, agitație și tendință de evitare în legătură cu un pericol iminent sau îndepărtat. J. Sarte consideră că aprehensiunea este o stare similară anxietății, dar de intensitate mai mică. U. Șchiopu susține că neliniștea este o stare psihică afectivă implicată în atitudini și motivații care domină fie așteptarea unui eveniment neplăcut și a consecințelor lui, fie așteptarea unui eveniment plăcut cu teama că va interveni ceva ce ar împiedica desfășurarea lui firească, fie un eveniment important de mare probabilitate.

După T. Cretu, panica este o stare afectivă generată de evenimente neașteptate, grave, ce afectează existența, confortul, adaptarea, prin implicațiile pe care poate să le aibă. N. Sillamy formulează următoarea definiție pentru angoasă: angoasa este o senzație de indispoziție profundă, caracterizată prin neliniște extremă și o frică irațională. Angloasa este o neliniște dusă la extremă, o frică irațională acutizată, o intensificare a anxietății [168¹].

Dacă este să analizăm fenomenele schimbărilor socio-economice, solicitările și așteptările fiecărui om, vedem un stres continuu, la care sănătatea cedează cerințelor exagerate. Bolile sistemului nervos central, sunt într-o continuă cercetare. Progrese negative avem la capitolul îmbolnăvirilor dar și înaintări pozitive la capitolul protecției persoanei cu dizabilități cât și în știința medicală, tratamentele fiind într-o neîntreruptă schimbare. Astfel, ne aflăm în fața fenomenului ce capătă răspândire existența persoanelor ce suferă de tulburări psihice.

Factorii care sunt considerați generatori, tratamentele și rezultatele obținute sunt într-o neîncetată zbatere și pendulare între mai multe relații ale căilor de abordare pentru un rezultat mai bun și divergențele față de rezultatul obținut.

De altfel, persoană suferindă de tulburări psihice este recunoscută drept persoană cu dizabilități. Autoarea M. Bulgaru abordează dizabilitatea sub trei aspecte: medical (deficiență, deficit, defectuositate, infirmitate, invaliditate, perturbare); funcțional (o pierdere, o diminuare a posibilităților fizice, mintale, senzoriale); social (inadaptarea, marginalizarea, inegalitatea, segregarea, excluderea).

Cercetătorii autohtoni Aurelia Racu, Doru Vlad Popovici, Virginia Crețu, Sergiu Racu, Cătălin Bucinschi au dezvoltat această idee, considerând dizabilitatea (handicapul) un continuu dintre: a) problema unei persoane care are o anumită deficiență; b) dezavantajele create de mediu; c) politicile sociale, instituțiile și serviciile menite să reducă aceste dezavantaje [144¹]. Considerente din care alți autori spun că înțelegerea noțiunii de dizabilitate ar fi posibilă doar după elucidarea înțelesului de vitalitate pe care o descrie ca pe o îmbinare a funcțiilor fizice, psihice și sociale. Reieșind din această definiție, autorii cataloghează dizabilitatea drept reducere a vitalității ca urmare a bolii, traumelor ce duc la dezadaptarea socială, exprimată prin reducerea sau pierderea posibilităților de instruire, comunicare, deplasare, orientare, autocontrol al comportamentului, autoservire și pierderea capacității de muncă [147¹].

La nivel internațional a conceptul de „dizabilitate” și cel de „persoane cu dizabilități” a fost strâns legată de activitatea Organizației Mondiale a Sănătății (OMS). Totuși dacă la începutul anilor 1980 aceste definiții funcționale acceptate de OMS păreau a întruni consensul specialiștilor, ulterior

s-a remarcat că problema nu este încă soluționată, fapt relevat de numeroasele critici aduse din diferite perspective. Principala critică vizează faptul că definițiile respective localizează cauzele incapacității, ale invalidității întrucât deficiența este privită ca o stare de anormalitate.

Datorită acestor critici, în anul 1997, la nivelul Organizației Mondiale a Sănătății s-au declanșat dezbateri privind necesitatea revizuirii Clasificatorului Internațional al Deficiențelor, Incapacităților și Handicapurilor.

Modelul medical al persoanelor cu deficiențe psihice este cunoscut și cu numele de „model al inferiorității biologice”, sau „model al limitării funcționale”. Pe măsură ce anumite grupuri de oameni au început să fie văzuți ca neproductivi și incapabili, au fost stabilite instituții, în calitate de locuri cu un dublu scop: - unde acești oameni să poată fi plasați, astfel încât ceilalți membri ai familiei să-și poată onora obligațiile de muncă; unde acești oameni puteau fi obișnuiți să devină membrii productivi ai societății.

Odată cu era modernă, s-au produs schimbări la nivelul rolurilor instituțiilor speciale. Din agenții de reformă, ele au devenit agenții pentru controlul social și pentru segregarea instituțională a celor care erau acum descriși ca sub-normali. Conform acestui model, individul, și nu societatea este cel care are o problemă, iar diferitele intervenții urmăresc să-i furnizeze acestuia deprinderile adecvate pentru a se reabilita și a face față. Responsabilitatea pentru dificultățile cu care se confruntă individul este atribuită acestuia (încearcă să depășească dificultățile schimbând individul). Ideea implicită era că dificultățile întâmpinate de mulți dintre copii proveneau dintr-un fel de eșec în cadrul procesului de învățare. Concluzia generală era aceea că, în timp ce indivizii sunt maleabili și supuși schimbării, societatea este fixă și imposibil de schimbat. Prin urmare, era obligația individului să se adapteze la un mediu înconjurător ostil.

Modelul social este antiteza modelului medical. Conform Clasificatorului Internațional al Funcționalității, CIF 2001, modelul social critică sistemele bazate pe modelele deficienței, respectiv medical. Modelul social al dizabilității vede situația de disfuncție sau limitare a activității ca pe o problemă socială și în principal ca pe o problemă a integrării complete a indivizilor în societate. Dizabilitatea nu este, în acest caz, un atribut al individului, ci, mai degrabă, este o colecție complexă de condiții, dintre care multe create de mediul social. Din aceste motive, gestiunea problemei dizabilității necesită acțiuni sociale și ea devine o problemă a cărei responsabilitate este colectivă și aparține întregii societăți [144]. Societatea este cea care trebuie să facă modificările de mediu necesare, astfel încât persoanele cu dizabilități să poată participa complet la toate domeniile vieții sociale. Concluzia logică ce urmează este că într-o societate complet dezvoltată dizabilitatea, ca efect al excluderii individului, nu ar mai exista. Dizabilitatea este rezultatul direct al eșecului societății de a furniza servicii adecvate.

Clasificarea internațională a funcționalității, dizabilității și sănătății este și un instrument de realizare a drepturilor persoanelor cu dizabilități, dar și o metodă valoroasă în standardizarea stărilor de sănătate, unificarea abordărilor de diagnostic și de evaluare a stărilor de sănătate și a funcționalității. Cercetările recente se focalizează în o mare măsură asupra unei noi abordări ecosistemele, care permite coexistența mai multor factori, proveniți din surse multiple.

Pe plan mondial, subliniază Gh. Radu [144], este acceptată de majoritatea cercetătorilor și practicienilor următoarea clasificare a deficienței mintale:

- deficiență mintală profundă C.I. 0- 20/25 (aproximativ 1-2% din numărul persoanelor cu retard mintal);
- deficiență mintală severă C.I. 20/25-35 (aproximativ 3-4% din persoanele care prezintă retard mintal);
- deficiență mintală moderată C.I. 35-50/55 (aproximativ 10% din persoanele care prezintă retard I mintal); deficiență mintală ușoară C.I. 50/55-70/75 (aproximativ 85% din persoanele care prezintă retard mintal).

Clasificatorul Internațional al Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF), 2001 nu mai este doar o clasificare a „consecințelor unei boli” (versiunea din 1980), ci devine o clasificare a „componentelor sănătății”. „Componentele sănătății” identifică elementele constitutive ale sănătății, în timp ce „consecințele” se concentrează pe impactul sau pe rezultatul ulterior al bolilor sau al altor stări de sănătate. Astfel, CIF se situează pe o poziție neutră în ceea ce privește etiologia, așa încât cercetătorii, folosind metode științifice adecvate, pot deduce implicațiile cauzale. Pentru cercetarea de față, am luat ca argument de bază utilizarea termenului „dizabilitate mintală” cu referire la CIF, 2001.

În contextul cercetărilor întreprinse de noi, sunt necesare și informații referitoare la concepțiile care stau la baza studierii dizabilității mintale. Printre acestea, consemnăm concepția lui J.S. Kounin („rigiditatea”), care a considerat rigiditatea ca trăsătură esențială a dezvoltării în dizabilitate mintală. Rigiditatea reacțiilor se manifestă, în principal, la copiii cu dizabilitate mintală în sfera psihomotricității și a limbajului, dar este, în principal, o trăsătură a activității nervoase.

În final, conform teoriei lui James-Lange, cauzele primare ale apariției tulburărilor psihice sunt schimbările de natură fiziologică, ce au loc în organism. Luând naștere sub influența stimulatoarelor exteriori sau interiori, ele se reflectă ulterior în creierul omului prin sistemul legăturilor nervoase inverse și generează senzația de un ton emoțional anumit.

În teoria fiziologică centrală W.Cannon a exprimat idei conform cărora trăirile emoționale și schimbările psihice emoționale ce le corespund iau naștere concomitent și apar dintr-o sursă unică. Sursa ca centru emoțogen o considera - talamusul. Tezele propuse de W.Cannon au fost dezvoltate în continuare de P.Bard. El a arătat că în realitate atât schimbările corporale, cât și țările emoționale legate de ele iau naștere aproape concomitent. Ca rezultat al acestor definiții, concepția lui W.Cannon a căpătat denumire nouă contemporană teoria emoțiilor a lui Cannon - Bard.

D. Watson tratează emoția ca o reacție stereotipică a organismului transmisă prin ereditate, pe care în stare pură o putem găsi la cele mai timpurii trepte a ontogenezei. El evidențiază în calitate de reacții biologice de bază: frica, iubirea și furia. Frica după D. Watson poate să se manifeste prin așa reacții ca: oprirea bruscă a respirației, apucarea haotică cu mâinile; retragerea buzelor, plânsul, la unii copii fuga și ascunderea. Totodată, sentimentele obiectuale sunt legate de posedarea unor obiecte și de conduitele rezumate din diverse tipuri de activitate. Aceste sentimente, corespunzător obiectelor, se împart în materiale, intelectuale și estetice.

Afectivitatea umană este un proces psihic ce constituie suportul său energetic, „combustibilul”, ecoul și rezonanța în subiect a stimulilor ce acționează din exterior sau din interior, în funcție de starea internă a individului la un moment dat. Ea reflectă relația subiectului cu obiectul, ceea ce justifică de ce același obiect, situație, persoană sau eveniment provoacă trăiri afective diferite. Afectivitatea constituie musculatura vieții de relație, tonalitatea esențială subiectivă care dilatând trăirile, le conferă pregnanță și le polarizează [67].

În accepțiunea lui P.K.Anohin afectivitatea are o funcție extrem de importantă, ea permite o reglare promptă și eficace a comportamentului, îndeplinind rolul de acceptor al acțiunii.

P. Popescu-Neveanu a susținut ideea că „afectivitatea este o vibrație, concomitent organică, psihică și comportamentală, ea fiind tensiunea întregului organism cu efecte de atragere și respingere, căutare sau evitare. Ea pulsează tot timpul în viața momentului de aceea poate fi considerată ca un fel de musculatură a activității psihice curente, dar și a „filmelor” interioare, a reveriilor și idealurilor traduse în idealuri interioare. În același timp afectivitatea prezintă o permanentă alarmă în procesul de adaptare, dar și o expresie a confortului sau disconfortului provocat de situații și de starea generală psihică concomitent. Adaptarea și apărarea de sine, acroșarea de creare a unei imagini de sine mai aproape de idealul de sine și de modul cum dorește să fie percepută persoana încep să organizeze forme tot mai complexe de afectivitate solicitantă și ofertantă” [89¹].

Afectivitatea îndeplinește funcții importante și în procesul cunoașterii interpersonale. După Vasile Pavelcu „Cheia înțelegerii altora se află în propriile noastre vibrații afective” [PAVELCU, V. Din viața sentimentelor, București: Editura Enciclopedică Română, 1969. ISBN 978-9975-127-59-2, p. 32].

Mai mult decât atât, afectivitatea, prin una din formele specializate, simpatia, are un mare rol chiar în apariția și menținerea societății. Astfel, psihologul francez Theodule Ribot afirma, încă din 1897, că „simpatia este baza întregii existenți sociale” [ENACHESCU, C., Tratat de psihanaliză și psihoterapie. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1998. ISSN 1223-5180, p. 36].

Prin noțiunea de „afectivitate” se desemnează ansamblul de reacții emoționale spontane, prin elemente marcate prin conștiință și pasiuni generate de anumite atitudini, necesități, trebuințe, interese, aspirații pe care omul le trăiește intrând în contact cu ambianța naturală și socială. Atitudinea omului față de conținutul cunoașterii, relațiile lui cu situațiile care se confruntă se realizează prin intermediul proceselor afective. Ele, de asemenea, ajută omul să-și exprime satisfacția sau insatisfacția vizați de trebuințele sale, față de activitatea realizată, atitudinea față de natură și față de alți oameni [Savca, L., Autoreglarea emoțională. Chișinău: Didactica, 1993. ISBN 973-644-387-6, p. 148].

Afectivitatea reprezintă un ansamblu al stărilor afective: sentimente, emoții și pasiuni ale unei persoane. Expresiile afectivității, dacă sunt legate de un moment sau situație, se numesc afecte și emoții, iar dacă sunt latente se numesc dispoziții. Când sunt consistente, complexe, puternice și de durată se numesc sentimente, iar când au o intensitate foarte puternică și obsesivă, cu efecte asupra întregii vieți psihice se numesc pasiuni. Afectivitatea sau emoționalitatea poate fi activă sau pasivă.

Activă este când se participă prin implicație în situații și evenimente, pasivă, când evenimentele și situațiile se suportă doar, sau se percep.

Stările afective sunt trăiri care exprimă gradul de concordanță sau neconcordanță dintre un obiect sau o situație și tendințele noastre, exprimă raportul dintre realitate și motivația noastră. V. Pavelcu [PAVELCU, V., Cunoașterea de sine și cunoașterea personalității, București: Editura Didactică și Pedagogică, 1982. ISBN 978-606-34-0186-2, p. 112]. Menționăm că, pentru a caracteriza și denumi diferite stări afective, fiecare autor utilizează o terminologie proprie. Mai târziu G. Debus, într-o lucrare de sinteză, afirmă același lucru, caracterizând stările afective ca „sentimente”, pe când Fr. Littmann le denumește „emoții”, iar P. Popescu-Neveanu le întitulează „afecte”. B. Spinoza în lucrarea „Etica” a identificat 48 de „afecte”, la baza cărora se află trei afecte fundamentale: dorința, bucuria, tristețea. În viziunea lui, noțiunile de emoție și sentimente nu se deosebesc între ele. O. Ewert distinge trei forme ale stărilor afective: dispozițiile, tonurile trăirilor și sentimentele, pe care nu le separă de emoții.

Procesele și stările afective îndeplinesc în viața organismului o funcție adaptivă. Una dintre funcțiile pozitive ale aspectului constă în faptul că el îi impune subiectului acțiuni stereotipice, care reprezintă un procedeu anumit, ce s-a statornicit în evoluție de soluționare a situației - fugă, împietrire, agresivitate etc. Dispoziția reflectă trăirile afective difuze și generalizate, de intensitate moderată, care se manifestă în calitate de fond emoțional pozitiv sau negativ.

În literatura de specialitate există opinii contradictorii referitor la natura și esența dispoziției. V. Nowlis, A. Wessman și G. Ricks consideră că dispoziția este o trăsătură emoțională strâns legată cu sentimentele și comportamentul și constituie, în același timp, funcția de bază a condițiilor generale de viață ale individului. C.C. Platonov și G. Golubev privesc dispoziția ca o totalitate a diferitor stări psihice cu prevalarea uneia ce-i atribuie unui anumit colorit emoțional. S.L. Rubenștein, N. D. Levitov, G.A. Fortunatov remarcă că dispoziția este o stare emoțională de sine stătătoare. Unii cercetători ai afectivității resping categoric noțiunea de dispoziție, utilizând termenul de „fon emoțional”, care reflectă atitudinea globală a omului față de mediul înconjurător și față de sine. Dispoziția poate fi provocată de procese organice, mediu ambiant, relații cu oamenii, activitate. De dispoziție și stare a sănătății depinde starea emotivă ce reprezintă senzația confortului sau disconfortului fiziologic și psihologic [Calancea A., Psihocorecția sferei afective a adolescenților, Chișinău: ASEM, 2003. ISBN 978-9975-70-169-3, p. 131].

Analizele conceptuale științifico-determinante au demonstrat că problemele sănătății mentale sunt în cercetare continuă. Acestea fiind studiate pe plan mondial, constatat că nu sunt ca rezultat al unor slăbiciuni personale, lipsei unor însușiri de caracter sau fundamente psihico-morale sau lipsă de cultură și educație. Este evident că afectiunea tulburărilor psihice nu alege, boala afectând tinerii, vârstnicii, bărbații, femeii și copiii. Boala în conceptul său nu ține cont de naționalitate, educație sau statutul financiar al persoanei.

2.2.2. Conexiuni ale iresponsabilității cu alte cauze care înlătură caracterul penal al faptei

Iresponsabilitatea poate intra în concurs cu alte cauze care înlătură caracterul penal al faptei cum ar fi: **legitima apărare, starea de necesitate, constrângerea fizică și morală, cazul fortuit și eroarea de fapt**. În astfel de situații trebuie stabilită cauza care a determinat ca fapta să nu constituie infracțiune.

Dacă nu se va putea stabili caracterul decisiv al uneia sau alteia, se va considera că ambele au acționat asupra făptuitorului în condițiile cerute de lege, făcând ca fapta să nu aibă caracter penal.

Importanța practică a acestor situații este minimă, deci este indiferent care dintre acestea ar interveni, fapta nu constituie infracțiune.

Totuși, în caz de suprapunere a iresponsabilității cu una dintre celelalte cauze enumerate mai sus, va trebui stabilit cu certitudine rolul hotărâtor al uneia dintre ele, deoarece, sub aspect civil, făptuitorul va putea fi obligat să plătească despăgubiri, în măsura în care se va stabili o anumită culpă.

Iresponsabilitatea *nu înlătură răspunderea civilă* a făptuitorului sau a persoanelor care-l aveau în pază ori supravegheare, dacă *se constată culpă în sarcina acestora*.

Astfel, este posibil ca o persoană, *în prezența unui atac material, direct, imediat și injust* să sufere *un șoc psihic* care o pune în stare de iresponsabilitate, dar reacționează *în legitimă apărare* și comite o faptă prevăzută de legea penală. Este evident că fapta comisă *nu are caracter penal*. Dar, sub aspect civil, va răspunde sau nu?

În acest caz, *concursul dintre iresponsabilitate și legitimă apărare* va conduce la excluderea răspunderii civile, deoarece nu se poate stabili vreo culpă din partea făptuitorului.

Situația este identică și atunci când *există concurs între iresponsabilitate și cazul fortuit*.

Un iresponsabil comite o faptă prevăzută de legea penală în timp ce se găsea *în eroare* cu privire la o împrejurare esențială de care depinde caracterul penal al faptei. În acest caz, sub aspect civil, făptuitorul *va fi obligat la despăgubiri, indiferent care cauză a acționat cu preponderență*, - în măsura stabilirii unui anumit grad de culpă.

O persoană *aflată într-o stare de necesitate* suferă un șoc psihic care-i afectează facultățile mintale. În asemenea condiții, comportamentul său va trebui apreciat în raport cu *starea de necesitate*, cât și în funcție de *starea de iresponsabilitate*.

Ne aflăm în fața unei situații complexe, un concurs între starea de necesitate și starea de iresponsabilitate, cu consecința *inexistenței caracterului penal al faptei*.

Exemplul dat în literatura juridică [160] referitor la naufragații de pe vasele „Meduse”, „Mignonnette” și „Tecla” ce au omorât un semen de-al lor și l-au mâncat nu este elocvent pentru a ilustra preponderența stării de iresponsabilitate în raport cu aparența stării de necesitate.

Este adevărat că naufragații au fost zdruncinați psihic din cauza lipsei de alimente, dar acest fapt s-a datorat instinctului de conservare, care i-a obligat să-și salveze propriile vieți în detrimentul semenului lor.

Nu poate fi exclusă nici zdruncinarea psihică datorată delirului foamei, pe fondul căreia oamenii au acționat în stare de inconștiență.

Pentru acest motiv considerăm că suntem în prezența unui concurs între starea de necesitate și starea de iresponsabilitate.

În consecință, este posibil ca starea de iresponsabilitate să preexiste și să i se suprapună o altă cauză care face ca fapta să nu constituie infracțiune sau să nu intre în concurs cu o astfel de cauză.

Potrivit prevederilor art. 48 din Codul penal, respectiv art. 28 din noul Cod penal „*nu constituie infracțiune fapta prevăzută de legea penală, dacă făptuitorul, în momentul săvârșirii faptei, fie din cauza alienației mintale, fie din alte cauze, nu putea să-și dea seama de acțiunile sau inacțiunile sale, ori nu putea să fie stăpân pe ele*”.

Iresponsabilitatea este starea de incapacitate psihofizică a unei persoane, care nu-și poate da seama de caracterul, sensul și valoarea socială, morală și juridică a faptelor pe care le săvârșește și a urmărilor acestora, sau care nu-și poate determina și dirija în mod normal voința, în raport cu faptele ei [48].

Datorită complexității formelor și pe care le poate prezenta incapacitatea psihofizică, pentru determinarea acestor situații este necesar să se stabilească cu deosebită grijă starea de fapt în cazul concret ce urmează a fi soluționat [92].

O persoană bolnavă, un dezechilibrat mintal poate să comită încălcări de lege, fără să-și dea seama de ceea ce face, creierul său dând comenzi absurde, haotice, în afara oricăror explicații raționale. La astfel de persoane nu se manifestă capacitatea de a-și autoanaliza și controla fapta. Mecanismele neurofiziologice ale activității psihice sunt tulburate, deteriorate, total sau parțial.

Între eroarea de fapt și iresponsabilitatea făptuitorului distingem două legături: prima se referă la *condiția săvârșirii către făptuitor a unei fapte prevăzute de legea penală*, iar cea de a doua privește *momentul săvârșirii infracțiunii*, adică starea de incapacitate psihică a persoanei trebuie să existe și să persiste în tot timpul cât durează efectuarea sau omisiunea de a efectua actele prin care s-a săvârșit fapta.

2.3. Noțiuni și caracterizare generală a iresponsabilității penale

Așadar, iresponsabilitatea presupune incapacitatea unei persoane de a-și da seama de semnificația socială, morală sau juridică a acțiunilor sau inacțiunilor sale, cât și a urmărilor acestora pentru a-și dirija în mod normal voința în raport cu aceste reprezentări.

Specificul stării de iresponsabilitate rezidă în lipsa acelor capacități psihice ale persoanei care țin de factorul intelectual sau de factorul volitiv sau chiar de ambii factori ai vinovăției.

Incapacitatea psihică se poate datora:

- unor anomalii care fac imposibilă dezvoltarea facultăților psihice: cretinism, idiotețenie, infantilism, debilitate mintală;
- maladii ale sistemului nervos: schizofrenie, psihozele delirante maniaco-depresive;
- tulburărilor psihice provocate de intoxicații cu: alcool, substanțe stupefiante, narcotice;
- unor fenomene fiziologice ca: somn natural, somn hipnotic, leșin [65].

Statistica arată că majoritatea covârșitoare a oamenilor sunt normali sub aspect psihologic. Dar viața a dovedit că de la această stare de normalitate se înregistrează devieri psihice care conduc

la deminarea facultăților efective – intelective sau volitive – cu consecința unor dificultăți de orientare și de adaptare, ori de creare a unui conflict cu mediul social.

Între responsabilitatea psihică și răspunderea penală **nu** se poate pune semnul egalității.

Dacă prima reprezintă **o categorie de ordin psihologic**, decurgând existența capacității biopsihice a persoanei, **cea de a doua** este consecința săvârșirii unei fapte prevăzute de legea penală și, **deci o noțiune de ordin juridic**, care o presupune pe prima.

Între acestea există o relație de interacțiune, deoarece nu poate exista răspundere penală fără responsabilitate psihică, dar răspunderea penală poate să nu existe, chiar dacă făptuitorul nu are responsabilitate psihică.

De exemplu, în cazul legitimei apărări, a stării de necesitate, a cazului fortuit, a constrângerii fizice și morale, a minorității, a beției accidentale complete și a erorii de fapt când, deși făptuitorul are responsabilitate psihică îi lipsește vinovăția și, implicit, răspunderea penală.

Cauzele incapacității psihice constituie o problemă ce nu poate fi soluționată fără contribuția medicilor de specialitate, care trebuie să constate dacă, *la data comiterii faptei*, persoana era sau nu *în stare să-și dea seama de valoarea și sensul acțiunilor sale* iar, pe de altă parte, și *să-și dirijeze voința în mod conștient* în manifestări de acest fel.

Nu este datoria medicilor să constate dacă persoana este răspunzătoare penal, atributul fiind exclusiv al organelor de urmărire penală sau de judecată. Medicii se vor pronunța numai asupra capacității psiho-fizice a persoanei.

Lipsa capacității psihice poate fi definită, *de lungă sau scurtă durată*, trecătoare sau intermitentă (care presupune și perioade de luciditate).

Iresponsabilitatea implică, pe durata ei, lipsa completă a capacității psihice. *Dacă este doar diminuată*, nu mai suntem în prezența unei cauze care face ca fapta să nu constituie infracțiune, ci a unei *responsabilități atenuate*, care poate constitui o circumstanță atenuantă, de care se va ține seama la individualizarea pedepsei.

Incapacitatea psihică poate fi congenitală sau survenită, permanentă sau trecătoare.

Împotriva persoanei lipsite de capacitate psihică se poate lua măsura de siguranță a internării medicale.

În dreptul penal francez demența este reglementată printre cauzele de *neimputabilitate*. Astfel, art. 64 prevede că „nu există nici o crimă și nici un delict în momentul în care prevenitul era în stare de demență în timpul acțiunii...” Codul penal francez, I, 92-683 din 22 iulie 1992..

Termenul de „demență” desemnează toate formele de alienație mintală de la „afecțiunile congenitale ale inteligenței (*cretin, idiot, imbecil*), până la cele datorate unor maladii (*paralizie generală, demență precoce*)”. El vizează nu numai nebunia generală, ci și nebunia localizată (*exemplu, mania persecuției*).

În concluzie, iresponsabilitatea indiferent de denumire a fost consacrată în legislațiile penale anterioare sau de formele și modalitățile în care a fost exprimată, **constituie o permanență juridică, o constantă a dreptului** fiind o realitate care nu poate fi ignorată.

Iresponsabilitatea era așadar reglementată în art. 48 din Codul penal al României din 1969, care prevedea: „Nu constituie infracțiune fapta prevăzută de legea penală dacă, făptuitorul, în momentul săvârșirii faptei, fie din cauza alienației mintale, fie din alte cauze, nu putea să-și dea seama de acțiunile sau inacțiunile sale, ori nu putea fi stăpână pe ele”.

Actualul Cod penal al României la art. 28 prevede că în caz de iresponsabilitate: „Nu este imputabilă fapta prevăzută de legea penală săvârșită de persoana care, în momentul comiterii acesteia, nu putea să-și dea seama de acțiunile sau inacțiunile sale ori nu putea să le controleze, fie din cauza unei boli psihice, fie din alte cauze”.

Art. 23 CP al RM definește iresponsabilitatea ca stare psihologică opusă responsabilității și caracterizează criteriile ce stau la baza ei. Deci și unde se prevede faptul că nu va fi susceptibilă sau pasibilă de răspundere penală persoana care, în perioada comiterii unei fapte social periculoasă și prejudiciabile, respectiv dacă aceasta nu putea să-și dea seama de acțiunile ori inacțiunile sale din cauza unei boli psihice cronice, sau nu putea să și le dirijeze din cauza unei temporare tulburări psihice sau din cauza altor stări de natură patologică, se afla de fapt la drept vorbind într-o stare de iresponsabilitate.

Potrivit dispozițiilor art.23 CP, iresponsabilitatea constituie o cauză care înlătură caracterul penal al faptei și care prevede în alin. (1) unde se menționează că: „Nu este pasibilă de răspundere penală persoana care, în timpul săvârșirii unei fapte prejudiciabile, se afla în stare de iresponsabilitate, adică nu putea să-și dea seama de acțiunile ori inacțiunile sale sau nu putea să le dirijeze din cauza unei boli psihice cronice, a unei tulburări psihice temporare sau a altei stări patologice”.

Prevederile alin.2 art.23 CP interzic tragerea la răspundere penală dacă: „... persoana care, deși a săvârșit infracțiunea în stare de responsabilitate, înainte de pronunțarea sentinței de către instanța de judecată îmbolnăvit de o boală psihică care a lipsit-o de posibilitatea de a-și da seama de acțiunile ori inacțiunile sale sau de a le dirija”.

La fel ca și alte CP (CP italian, CP spaniol, CP german, CP francez), CP român a adoptat criteriul bio-psihologic la rândul său pentru definirea iresponsabilității, ceea ce înseamnă sau presupune că nu este suficientă doar constatarea existenței unei afecțiuni psihice, și în acest mod, pentru a concluziona în favoarea iresponsabilității, ci, după cum se vede, este necesar să se constate dacă respectiva afecțiune, la rândul său, a înlăturat în concret, la persoana în cauză, capacitatea de înțelegere și voință. Or, în context, se admite teza că intenția și culpa fac parte și din conținutul vinovăției. Ne raliem opiniei exprimate de o parte a doctrinei italiene [26, p. 289], potrivit acesteia existența vinovăției este necesară și intenția sau culpa, alături de cele trei condiții esențiale conform teoriei normative în toate formele ei:

- așa-zisa: responsabilitate,
- așa-zisa: antijuridicității faptei sau mai bine zis cunoașterea antijuridicității,
- așa-zisa: conduite conforme normei juridice sau exigibilitatea unei asemenea conduite.

După cum am invocat anterior, intenția și culpa îndeplinesc și o altă funcție - cea de elemente subiective ale tipicității [63, p. 112]. Prin iresponsabilitate se înțelege starea de incapacitate psiho-

fizică a unei persoane, starea persoanei prin care nu-și dă seama de sensul, valoarea sau urmările acțiunii săvârșite sau care nu-și poate determina și dirija în mod normal voința.

Persoana datorită incapacității sale psihice se manifestă sub două aspecte: intelectual (persoana de semnificația socială a inacțiunilor sau a acțiunilor sale nu-și poate da seama), volitiv (persoana nu-și poate dirija și determina în mod liber voința).

Printre cauzele de iresponsabilitate se numără, în primul rând, nebunia. Nebunia exclude vinovăția. Prin nebunie, se înțelege nu numai demența propriu-zisă, ci orice maladie sau infirmitate mintală și psihică, conform punctului de vedere al dreptului penal. Intră în termenul generic de nebunie toate stările de aberație mintală cum sunt: smintirea, idioțenia, imbecilitatea, nebunia morală și toate stările de tulburări psiho-patologice (mâniile, manomiile, epilepsia și orice alte nevroze). În constatarea stării de iresponsabilitate, justiția penală se sprijină pe expertizele psihiatrice făcute de medicii specialiști, care se pot pronunța dacă persoana în momentul săvârșirii faptei era sau nu iresponsabilă. Pentru ca iresponsabilitatea să constituie o cauză care să înlăture caracterul penal al faptei, se cer asemenea condiții:

- Făptuitorul, datorită stării sale psiho-fizice să se fi aflat în situația de a nu-și putea da seama de acțiunile sau inacțiunile sale și de a nu putea fi stăpân pe ele. Un act antisocial este un act ilegal și poate atrage răspunderea penală, dacă cel ce l-a săvârșit este un om normal, stăpân pe actele sale și acționează în cunoștință de cauză. Incapacitatea persoanei de a avea reprezentarea faptelor sale duce la înlăturarea discernământului și, pe cale de consecință, la înlăturarea răspunderii penale. Starea de iresponsabilitate, provocată de alienația mintală, afectează comportamentul persoanei, deoarece având o reprezentare eronată asupra realității, ea nu-și dă seama de semnificația socială a faptelor sale. În numeroase situații, bolnavii mintali dau dovadă de o voință deosebită în urmărirea săvârșirii unor activități ilicite, prin înlăturarea unor așa-zise obstacole care stau în cale, și, respectiv, motiv ce poate trezi dubii sau suspiciuni cu privire la boală, respectiv dacă aceasta ar fi apreciată numai prin prisma așa-zisului factorului volitiv. De aceea, respectivele fapte săvârșite fără nicio motivație, și acestea trezesc suspiciuni cu privire la această stare de normalitate a făptuitorului. Practica medico-legală psihiatrică reține anumite forme de comportament antisocial care denotă tulburări grave ale capacității psihice a făptuitorului, cum ar fi: actele de suicid, diferitele forme de omor, actele aberante în legătură cu viața sexuală, piromania, cleptomania, fuga de la domiciliu etc. Toate aceste acte sunt de natură să trezească îndoială cu privire la capacitatea psihică a făptuitorului.

- Starea de incapacitate psihică a făptuitorului să fi existat în momentul săvârșirii faptei. Alienarea mintală implică diferite grade, care afectează în mai mică sau mai mare măsură posibilitățile de apreciere a faptelor și consecințele acestora. Aceasta este, de fapt, piatra de încercare a expertizei psihiatrice medico-legale: a stabili unde începe și unde încetează răspunderea juridică a celui expertizat. O capacitate psihică diminuată a făptuitorului nu înlătură caracterul penal al faptei și, deci, nu exclude răspunderea penală. Deși sunt fapte penale, care prin ele însele pot pune problema integrității psihice a făptuitorului, legiuitorul nu a prevăzut obligativitatea expertizării psihiatrice decât

în cazul omorului calificat. În celelalte cazuri, expertiza psihiatrică efectuându-se, numai dacă există îndoiala asupra stării psihice a inculpatului.

- Incapacitatea psihică sa fie din cauza alimentației mintale sau a altei cauze. Prin alimentație mintală în dreptul penal se are în vedere fiecă stare de alterare sau alienare (înlăturare) a facultăților mintale, care au sorginea într-o cauză patologică, adică o stare de anormalitate, o leziune organică, o cauză morbidă sau orice deviere fiziologică. Intră în alimentația mintală anomalii care, se poate spune fac imposibilă dezvoltarea facultăților psihice (idiotenie, infantilism, cretinism etc.) sau maladii ale sistemului psihic și nervos (dezechilibru mintal. nebunie, psihoze, nevroze, dezechilibru mintal etc.). În categoria altor cauze pot fi incluse unele fenomene fiziologice (somm hipnotic, somm natural, leșin etc.) sau diferite tulburări psihice provocate prin diferite intoxicații (preparate farmaceutice nocive, stări de inconștiență provocate prin alcool, alimente alterate, stupefiante etc.).

- În literatura de specialitate s-a atestat că prin cerința altei cauze s-a voit să se deosebească cauzele care, ca și alienația mintală creează stări de incapacitate psihică, de cauzele care determină și explică existența unor stări oarecum normale de insuficiența de dezvoltare a capacității sale psihice, cum ar fi minoritatea sau care limitează în mod normal unele aptitudini ale capacității psihice, de exemplu cum ar fi eroarea de fapt.

- Fapta săvârșită în această stare de incapacitate să fie prevăzută de legea penală. Pentru a opera iresponsabilitatea se cere ca fapta săvârșită să fie la rândul său prevăzută de legea penală. Starea de iresponsabilitate poate veni în concurs cu alte cauze care, la rândul său, exonerează de caracterul penal al faptei ori cu cauze justificative, precum legitima apărare ori starea de necesitate. Este posibil ca persoana iresponsabilă expusă unui pericol, datorită temerii să aibă un șoc nervos care să determine o bruscă întunecare a facultăților psihice și în această stare de iresponsabilitate să fi reacționat exagerat, prin acte disproporționate față de gravitatea atacului sau care depășeau necesitatea înlăturării pericolului. Problema răspunderii civile în cazurile de iresponsabilitate se poate pune atât față de însăși persoana lipsită de capacitatea psihică în momentul săvârșirii faptei, cât față de persoanele care aveau în pază și supravegherea lor pe făptuitorul iresponsabil. Pentru rezolvarea problemei se va cerceta și stabili dacă, în desfășurarea procesului causal al faptei săvârșite în stare de iresponsabilitate există sau nu vreo culpă din partea persoanelor enunțate anterior. Iresponsabilitatea era reglementată în art. 48 în fostul CP român, care prevedea că nu constituie infracțiune fapta prevăzută de legea penală dacă, făptuitorul, în momentul săvârșirii faptei, fie din cauza alterării sau alienației mintale, nu putea să-și dea seama de acțiunile sau inacțiunile sale, ori nu putea fi stăpână pe ele fie din alte cauze. Iresponsabilitatea presupune incapacitatea unei persoane de a-și da seama de semnificația socială, morală sau juridică a acțiunilor sau inacțiunilor sale, cât și a urmărilor acestora pentru a-și dirija în mod normal voința în raport cu aceste reprezentări.

Specificul stării de iresponsabilitate rezidă în lipsa acelor capacități psihice ale persoanei care țin de factorul intelectual sau de factorul volitiv ori chiar de ambii factori ai vinovăției [71, p. 258].

Incapacitatea psihică se poate datora unor anomalii care la rândul său, fac imposibilă dezvoltarea facultăților psihice (cretinism, idiotenie, infantilism, debilitate mintală), maladii ale sistemului nervos (schizofrenie, psihozele delirante maniaco-depresive), tulburări psihice provocate de intoxicații (cu alcool, substanțe stupefiante, narcotice), unor fenomene fiziologice (somm natural, somn hipnotic, leșin) [63, p. 258].

Indicii statistici invocă asupra faptului că majoritatea oamenilor sunt normali sub aspect psihologic. Dar viața a dovedit că de la această stare de normalitate se înregistrează devieri psihice, care conduc la determinarea facultăților efective - intelective sau volitive - cu consecința unor dificultăți de orientare și de adaptare, ori de creare a unui conflict cu mediul social. Între responsabilitatea psihică și răspunderea penală nu se poate pune semnul egalității. Dacă prima reprezintă o categorie de ordin psihologic, decurgând din existența capacității biopsihice a persoanei, cea de a doua este consecința săvârșirii unei fapte prevăzute de legea penală și, deci, o noțiune de ordin juridic, care o presupune pe prima. Între acestea există o relație de interacțiune, deoarece nu poate exista răspundere penală fără responsabilitate psihică, dar răspunderea penală poate să nu existe, chiar dacă făptuitorul nu are responsabilitate psihică. De exemplu, în cazul legitimei apărări, stării de necesitate, cazului fortuit, constrângerii fizice și morale, minorității, beției accidentale complete și erorii de fapt, când, deși făptuitorul are responsabilitate psihică, îi lipsește vinovăția și, implicit, răspunderea penală. Cauzele de inadecvanță sau incapacitate psihică, la rândul său, constituie o situație sau o problemă care fără contribuția medicilor de specialitate nu poate fi soluționată. Care trebuie să constate dacă, la data comiterii faptei, persoana era sau nu în stare să-și dea seama de valoarea și sensul acțiunilor sale, iar, pe de altă parte, să-și dirijeze voința în mod conștient în manifestări de acest fel. Nu este datoria medicilor să constate dacă persoana este răspunzătoare penal, atributul fiind exclusiv al organelor de urmărire penală sau de judecată. Medicii se vor pronunța numai asupra capacității psiho-fizice a persoanei. Lipsa capacității psihice poate fi definită, de lungă sau de scurtă durată, trecătoare sau intermitentă (care presupune și perioade de luciditate). Iresponsabilitatea implică, pe durata ei, lipsa completă a capacității psihice. Dacă este doar diminuată, nu se mai constată o cauză ce exclude infrațiunea, ci este prezentă drept o responsabilitate atenuată, care poate constitui o circumstanță atenuantă, de care se va ține seama la individualizarea pedepsei.

Incapacitatea psihică poate fi:

- congenitală sau survenită,
- permanentă sau trecătoare.

Domeniul deficiențelor, al tulburărilor și al bolilor de natură psihică, precum și cel privitor la gradul în care toate acestea pot afecta starea de responsabilitate penală a unui individ este deosebit de complex atât sub aspectul cauzalității în general (al cauzelor și condițiilor), al influenței lor asupra comportamentului, cât și, desigur, asupra răspunderii penale a celui în cauză, răspundere pe care aceste anomalii pot să o influențeze în mod nesemnificativ, pot să o diminueze sau să o reducă în diferite proporții sau pot să o înlăture în totalitate. Un prim pas spre înțelegerea unor elemente de bază

privitoare la afecțiunile psihice este încercarea de clasificare a acestora. Trebuie menționat însă, că tocmai această chestiune - a clasificării - constituie una dintre problemele cele mai dificile și controversate ale psihiatriei. Una dintre clasificările cele mai simple și accesibile, care pare a se bucura de o anumită audiență în rândurile specialiștilor, este împărțirea tripartită a acestora în:

- 1) nevroze,
- 2) psihopatii,
- 3) psihoze.

Nevrozele constituie un grup de tulburări, reacții etc., foarte variate cu caracter funcțional, relativ ușoare și reversibile, determinate predominant psihogen, manifestate prin suferințe și conflicte intra-psihice (uneori și somatice) despre a căror existență bolnavul este perfect conștient și la care participă cu intensitate. Principalele forme de nevroze sunt:

- 4) nevroza astenică (neurastenia),
- 5) nevroza obsesivo-fobică (psihastenia),
- 6) nevroza isterică (isteria),
- 7) nevrozele mixte sau motorii, manifestate prin ticuri, balbisme etc.

În general, nevrozele sunt însoțite și de stări de anxietate de diferite grade de intensitate și pot determina inhibarea unor conduite sociale a celui în cauză. Ca urmare a faptului că personalitatea nevroticilor este mai puțin afectată (de exemplu, în raport cu suferinzii de psihoze), iar bolnavii sunt cu totul conștienți de boala lor care le tulbură mai mult echilibrul interior decât relațiile cu ceilalți din jur, adică cu societatea. Nevroticii, cu toate că uneori pot de naștere la anumite conduite agresive, se prezintă, aproape în toate cazurile, responsabili [57, p. 63; 64, p. 213; 56, p. 187; 78, p. 99; 58, p. 168].

Psihopatiile sunt deficiențe psihice, care, prin conținutul lor, se analizează în adevărate stări de limită, deoarece depășesc perimetrul unui psihic normal, fără însă a avea, susțin unii specialiști, un caracter evolutiv și, mai ales, fără a atinge gravitatea psihozelor. Psihopații se caracterizează prin faptul că își păstrează în întregime capacitatea de cunoaștere și uneori, și în unele domenii, inteligența lor chiar depășește limitele normalului. Ele prezintă o stare de atitudini structurate anormal, motiv pentru care, în conduita acestora, se constată frecvent comportamente antisociale variate, ca formă și intensitate. Întrucât psihopații se caracterizează și prin lipsa a ceea ce unii specialiști denumesc simțul moral (psihopatiile mai fiind denumite și anomalii caracteriale sau caracteropatii), ei se află, de regulă, într-un permanent conflict cu cei din jur (adeseori aceasta constituind pentru ei chiar o sursă de satisfacții), fiind incapabili de o adaptare perfectă și de durată la mediul familial, la cerințele locului de muncă, la exigențele mediului social, în general. Printre manifestările negative mai frecvente ale psihopaților se remarcă, în special instabilitatea și nestatornicia exagerate (afectivă, față de muncă etc.), impulsivitatea, reacțiile-anormale față de exigențele și împrejurările obișnuite ale vieții sociale, încăpățânarea, înclinația spre acte de perversiune, toxicomania, mitomania, comportările absurde, faptele cu caracter infracțional. În general, psihopații nu fac parte dintre persoanele pe care lumea le consideră a se afla în stare de

nebulie. Specialiștii apreciază că psihopatia este o entitate mezografică limitrofă, adică la limita normalului, în care trăsătura cea mai caracteristică o formează (tulburările de adaptare, la ambianță familială și socio-profesională [137, p. 439]. Psihopatul, spre deosebire de nevrotic, nu cunoaște și nu își recunoaște boala și nu suferă din cauza acesteia, făcând, însă (cu mare plăcere), să sufere pe toți cei din jurul său. Faptele pe care le săvârșesc psihopații sunt comise cu luciditate și discernământ, motiv pentru care, din punct de vedere penal, trebuie și sunt considerați (cu rare excepții) perfect responsabili [57, p. 64; p. 210; 58, p. 181]. Psihopatia poate fi, după cum menționează autorul V. Ursa:

- astenică,
- cicloidă,
- epileptică,
- excitabilă,
- impulsivă,
- isterică,
- paranoică,
- perversă,
- psihastenică,
- timopată.

Printre cele mai răspândite și mai grave forme de psihoze, susțin autorii E. Panfil, D. Ogodescu P. Popescu-Neveanu, figurează: psihozele discordante (schizofreniile), psihozele acute (datorate intoxicațiilor profesionale sau autointoxicațiilor, ca de exemplu, în cazul alcoolizilor), psihozele maniaco-depresive, epilepsia, delir-urile sistematizate, psihozele post-traumatice, psihozele infecțioase, psihozele de lactație, psihozele de involuție etc. Bolnavii, suferind de psihoze, săvârșesc în mod frecvent fapte antisociale, penale, dintre cele mai grave. Aprecierea stării de responsabilitate a bolnavilor psihotici, care însă nu întotdeauna este complet abolită, pune, conchid autorii G. Dănescu și E. Tomorug, pentru expertiza medico-legală psihiatrică probleme de o extremă complexitate, dar și Constantin R., Drăghici P., Ioniță M., în lucrarea lor – Expertizele – mijloc de probă în proces penal. București: Ed. Tehnică, 2000. Expertiza medico-legală psihiatrică are ca sarcina fundamentală de a aprecia tulburările de discernământ și ale conștiinței pe care persoana examinată le prezintă. În acest context este necesar de a stabili dacă infracțiunea comisă este consecința unor alterări psihice, în ce măsură inculpatul poate aprecia faptele săvârșite și toate aceste momente cuprind noțiunea de responsabilitate [113, p. 27]. Astfel nu va fi și nu este supusă pedepsei persoana care deși a săvârșit infracțiunea în stare de responsabilitate, dar înainte de pronunțarea sentinței de către instanța de judecată s-a îmbolnăvit de o boală psihică, care a lipsit-o de posibilitatea de a-și da seama de acțiunile sale.

Afecțiunile care au o evoluție îndelungată sunt boli psihice cronice. Ca exemplu pot servi psihozele reactive, alte psihoze exogene (toxice, infecțioase). Unul din criteriile medicale care caracterizează este demența pentru care este caracteristică o scădere intelectuală destul de stabilă și

ireversibilă. Demența poate fi înnăscută sau cauzată de diferitele procese distructive din creier după traume cerebrale, boli infecțioase sau alți factori nocivi.

Pentru a diferenția responsabilii de cei bolnavi psihici sau de iresponsabili a fost necesar de a introduce în expertiza medico-legală psihiatrică și criteriile juridice, unul dintre care este absența capacității de a fi conștient de acțiunile săvârșite sau de a le stăpâni. Acest criteriu joacă un rol foarte important în aprecierea iresponsabilității. El include factorul volitiv (capacitatea de a conduce și stăpâni acțiunile sale) și factorul intelectual (conștiința de acțiunile săvârșite). Din cele expuse rezultă necesitatea de aplicare a ambelor criterii în problema iresponsabilității. Dacă însă boala nu este prea gravă, chiar și de exemplu în caz de demență, bolnavul în momentul săvârșirii faptei își dă bine seama de acțiunile sale și el trebuie socotit responsabil. Totodată se impune o studiere mai aprofundată a incapacității psihice, deoarece ea poate fi congenitală sau dobândită. La unii bolnavi această stare de boală are un caracter episodic la alții - poate fi permanentă. Tocmai, de aceea, incapacitatea psihică, trebuie să fie studiată de către medici specialiști, care să precizeze dacă inculpatul, chiar la momentul săvârșirii infracțiunii, avea capacitatea de a înțelege caracterul anti-juridic și antisocial, își putea el da seama de acțiunile sale și de consecințele lor. În categoria altor cauze decât alienația mintală se mai includ, de exemplu somnul, somnambulismul, stările hipnotice. De exemplu, o persoană care în timpul somnului rostește cuvinte injurioase și la adresa altei persoane nu va răspunde pentru o infracțiune de insultă. Aceste stări, pentru a înlătura vinovăția trebuie să nu fi fost anume provocate de către autor, căci în caz contrar vom fi în prezența unei *actio libera in causa*. Nu se includ în categoria altor cauze acele împrejurări care au fost reținute de legiuitor ca și cauze autonome de înlăturare a vinovăției, așa cum se întâmplă în cazul minorității și beției. Nu constituie, menționează G. Antoniu, cauze de iresponsabilitate stările emotive (mânie, frică, bucurie) ori cele pasionale (gelozie, iubire, ură), indiferent de natura și intensitatea acestora [22, p. 222]. În acest sens s-a decis în practica judiciară ca fiind drept o stare de tulburare provocată de comportarea victimei, la rândul său, oricât de scandaloasă ar fi fost aceasta persoană, nu se va poate conduce la aplicarea dispozițiilor privind iresponsabilitatea în cazul inculpatului respectiv. Pe de altă parte, atunci când iresponsabilitatea se datorează unei alienații mintale, ea poate să fie permanentă sau temporară (perioadele de luciditate alternând cu cele de iresponsabilitate), astfel că trebuie constatat pentru fiecare infracțiune în parte dacă starea de iresponsabilitate a fost prezentă la momentul comiterii ei. De aceea, existența bolii psihice este un indiciu privind iresponsabilitatea, dar aceasta din urmă trebuie dovedită printr-o expertiză de specialitate. În acest caz expertul nu se va pronunța asupra vinovăției inculpatului, ci exclusiv asupra stării psihice la momentul comiterii faptei, asupra capacității de a înțelege și a voi în raport cu fapta comisă, subliniază M. Killias [citată după F. Streteanu 156, p. 458]. În situația infracțiunilor cu durată de consumare (continuată, prelungită și continuă) starea de iresponsabilitate este nevoie să persiste pe tot răstimpul realizării sau desfășurării lor, deoarece în situația contrară infractorul va fi pasibil de răspundere penală pentru acea perioadă de timp a infracțiunii pentru care a fost responsabil deja. Respectiv, dacă starea de iresponsabilitate nu a existat la momentul comiterii

infrațiunii dar a survenit deja pe parcursul desfășurării faptului infracțional infractorul devine iresponsabil nu va fi respectiv susceptibil de răspundere penală doar decât pentru acest răstimp a stării de iresponsabilitate apărută.

Cu toate acestea, remarcă G. Antoniu, în dependență de faza procesuală, se va dispune suspendarea urmăririi, suspendarea judecării sau întreruperea executării pedepsei, până la momentul în care starea de sănătate a inculpatului sau condamnatului s-a ameliorat, el devenind responsabil (în măsura în care afecțiunea nu este ireversibilă) [22, p. 228], însă ca durată, iresponsabilitatea poate fi permanentă sau trecătoare (de lungă sau scurtă durată), intermitentă (cu intervale de luciditate). Aprecierea adecvată a acestor perioade are o importanță deosebită la aprecierea adecvată și corectă a stării de iresponsabilitate.

Majoritatea acestor studii sunt impregnate de psihologism și de tendința acordării factorilor psihici rolului decisiv în etiologia delincvenței [104, p. 195]. În criminologia contemporană, factorii psihici și morali au o mare importanță în etiologia crimei. Manheim susține că, de cele mai multe ori, factorii psihici sunt mai importanți decât ceilalți, fiindcă atât factorii fizici, cât și cei sociali pot acționa numai dacă, mai întâi, ei trec prin factorii psihici [61, pp. 26-27].

După cum se știe deja, săvârșesc infrațiuni nu numai oamenii normali, adică sănătoși din punct de vedere mintal, ci și oamenii cu anume anormali sau bolnavi, oameni alienați sau demenți.

Totuși, conform criminologiei, criminalul alienat nu este lăsat în afara cercetărilor științifice, caracteristicile alienaților trebuie știute, după cum trebuie cunoscute și cauzele care generează alienarea, felul infracțiunilor pe care le săvârșesc alienații și cauzele acestora [140, p. 97].

Criminalul alienat se caracterizează, în general, prin tulburări psihice grave care cuprind întreaga viață, începând cu viața emotiv-afectivă, continuând cu funcțiile de cunoaștere și terminând cu acțiunile, activitatea și conduita sa socială. Criminalul alienat este stăpânit de temere ori de mânie pronunțată, de emoții și de alte stări afective tulburi și nestăpânite, de gândire haotică, stăpânită de idei fixe sau lipsă de gândire, de impulsuri și acțiuni străine de realitatea în care trăiește [140].

Astfel, infractorul alienat nu este stăpân pe dorințele și emoțiile sale, nu este conștient și lucid cu privire la starea lui, nu are control de sine și nici conștiința stării sale.

Criminalul alienat (psihotic) se deosebește de criminalul caracterial (psihopatie sau nevrotic) prin aceea că la ultimul este vorba de o tulburare psihică parțială, dar el este lucid, conștient de el și de realitatea în care trăiește.

Bolnavul mintal devine alienat față de mediul său de existență și față de sine, fără să fie conștient de aceasta. Din cele două mari categorii de tulburări psihice, și anume psihozele și stările de limită cu normalitatea, numai psihozele întrunesc caracteristicile de boală mintală autentică și beneficiază după lege de iresponsabilitate, pentru că, așa cum spuneau Pravilele noastre, „pedeapsa de a fi nebun îi este de ajuns” [149, p. 172].

Boala mintală în impact patologic cu normele de conviețuire socială este importantă să fie cunoscută, mai ales de către juriști, deoarece:

- Comportamentul bolnavului mintal poate avea grave consecințe umane și sociale;

- Deseori boala mintală debutează cu un fapt criminologic grav, până atunci bolnavul nelăsând impresia unei tulburări mintale;

- Fiecare boală psihică se asociază cu un comportament antisocial specific, ceea ce face ca, deseori, din modul de comitere a faptei să deducă tipul de îmbolnăviri psihice [149, p. 172].

Criminalul alienat mintal poate fi de mai multe feluri, în funcție de boala sau de psihoza de care suferă și care i-a determinat alienarea. Cele mai importante tipuri de criminali alienați sunt: criminalul paranoic, criminalul schizofrenic, criminalul maniac-depresiv, criminalul epileptic, criminalul grav bolnav de alcoolic sau toxicoman, criminalul infectat, al sistem nervos este atins de sifilis ori de altă infecție similară, criminalul traumatizat puternic psihic ori fizic, care are atins sistemul nervos central, criminalul senil, urmare a unei arteroscleroze senile, criminalul alienat din cauze organice, din cauze de infecții puternice, îmbolnăviri grave, care aduc atingere sistemului nervos central (tifos exantematic, encefalită epidermică) [140, p. 98].

În continuare vom analiza fiecare tip de boală sau devianță psihică în parte care influențează personalitatea infractorului.

Schizofrenul

Schizofrenia ca boală psihică sau natura ei trebuie apreciată prin natura, obiectivitate și realitatea de raportare sau aprecierea realității și perceperea ei, adică de percepere a realității, la existența la nivel animalic, a vieții morale.

Lipsa unei promptitudini de acțiune, fie absența unei stări de detașare sau a lipsei a momentului de tranziție generat de o stare de expectativitate, respectiv prezența unui deficit de adaptare la realitate, totodată și o tendință exagerată de izolare, modul de exprimare a mimicii, nu mai este adecvat și nu corespunde în mod adecvat cu sentimentul trăit (râde la evenimente triste) și existența a unei instabilități emoționale care reprezintă anumite reacții și atitudini de o devianță, de o abatere de la o experiență a sa obișnuită naturală tipică și specifică schizofreniei.

Devianță a schizofreniei poate să apară în cazurile de instabilitate și a dezorganizării propriei familii, mai ales când au existat respingeri din partea membrilor familiei în trecut sau a părinților, abandonarea persoanei fără un suport sau sprijin afectiv, mai ales dacă pe aceste condiții și împrejurări există cauze de suprapuneri de o „paternitate încărcată”, dacă aceste sunt tulburări cerebrale moștenite.

Cel mai des nu-și va putea controla propriul comportament său într-un mod rațional. Schizofrenicul așadar și anume de existența acestor tulburări psihice sau deficiențe de natură mintală sunt determinate propriile sale acte criminale, persoana astfel că nu-și mai poate coordona propria stare psihică. Adică, stimulii din organele perceptive, ideile elementare, evenimentele fiziologice nu mai pot fi apreciate adecvat și relevant. Nu mai are capacitatea astfel individul de a aprecia consecințele propriilor fapte prejudiciabile ale faptelor sale, de aceea respectivul individ nu i se vor mai putea imputa prescripțiile și interdicțiile cuprinse în lege [159, p. 4].

Astfel, cele mai grave omoruri în serie, omoruri sadice au fost săvârșite de schizofreni și epileptici [280, p. 281].

Infractorul sau criminalul schizofren își întrerupe brusc, pentru o perioadă de timp sau definitiv, actul criminal început, devenind insensibil la chinurile victimei. Incapabilul mintal nu poate să-și supravegheze comportamentul, adică schizofrenul este considerată persoana, care și din această cauză nu este urmărit și pedepsit penal, urmând însă, din raționamentul de a fi ocrotit ca totuși împotriva sa să fie dispusă o măsură de siguranță, adică doar și pentru a fi împiedicat să comită alte fapte grave sau infracțiuni. Și deoarece acesta este un incapabil ca să poată să aprecieze natura și gravitatea faptelor săvârșite. Așadar această boală psihică schizofrenia înlătură, de regulă, starea de responsabilitate a individului.

Răbufnirea stării de violență este una bruscă și șocantă, aceasta folosind un limbaj obscen. Apariția sau debutul schizofreniei anterior adolescenței apare, rar, și de regulă și în mod frecvent în adolescență, până la vârsta de 30 de ani, dar uneori poate apărea și după vârsta de 45 de ani.

Lipsa de măsură în comportamentul schizofrenului este în mod evident tot ceea ce îl caracterizează de exemplu prin: deseori prin halucinații vizuale și/sau auditive pe o tematică religioasă de exemplu, consum des și exagerat de apă din propriile motive sau convingeri, unele evenimente bizare din viața sa le expune și le prezintă excitat și în mod precipitat, prezența unei afectivități inadecvate și plate a comportamentului său de regulă dezorganizat [159, p. 5].

Acționând în baza unei comenzi oculte, care se regăsește doar în mintea sa, schizofrenul participă la acte de violență nedefinite, nejustificate, nestăpânite, paralizante, brutale, neașteptate, absurde, victima fiind o persoană apropiată, iubită. Cruzimea acestuia alternează cu blândețea excesivă. De regulă se mai manifestă și o tendință spre autodistrugerea din partea acestui individ, la un comportament brutal foarte des se poate ajunge, care se manifestă prin cruzimi animalice față de alte ființe, motivat de faptul că orice pedeapsă i s-ar aplica nu are puterea de a inhiba pornirea intensă, deoarece gândirea sa este tulburată, dezordonată, maniacală. Schizofrenul intră într-un permanent conflict cu regulile sociale determinând un comportament dezorganizat [159, p. 5].

De obicei, schizofrenul se consideră trimisul unei puteri oculte, acesta apreciază că se află într-o permanentă luptă cu forțele extreme și își arogă rolul de salvator sau paznic al lumii; sau insistă asupra necesității purificării oamenilor de orice păcat; sau are fantezii de a se sustrage persecuției exercitate de persoane cu funcții sociale etc. Astfel schizofrenul execută acte de cruzime, în exaltările sale, fără nici un motiv sau fără o motivare logică (crime fără motiv), fiind lipsite de preocuparea adoptării măsurilor de precauție. Tulburările anxioase, obsesive, de panică determină agresivitatea criminală iresponsabilă.

Deși schizofrenul comite acte grave (crime, omoruri, vătămări), din modul de realizare a acestora se conturează lipsa de legătură elementară într-o faptă și efectul acesteia, lipsa unei ordini raționale și absența oricărei afecțiuni [159, p. 7].

De regulă, schizofrenul creează conflicte care nu au la bază un sens acțional precis, devenind infractor fără voința sa (o personalitate psihopată). Afectarea intelectului determină concluzia că schizofrenul nu este vinovat, deși a comis o faptă gravă, deoarece gândirea i-a fost tulburată în mod grav. Dovadă a nevinovăției bolnavului rezultă și din faptul că acesta nu înțelege că se face vinovat de

încălcarea normelor legale și nu încearcă în nici un mod să se apere [159, p. 9]. Deseori, el pregătește patologic actul, îl motivează delirant și nu părăsește locul faptei, fiind găsit lângă victimă, fără remușcări, ci dimpotrivă satisfăcut că a scăpat de dușmani [92, p. 205].

Conform materialelor expertizei psihiatrice legale staționare ale Spitalului Clinic Republican de Psihiatrie, pe parcursul ultimilor trei ani din cei 60 de bolnavi recunoscuți iresponsabili, 40 din aceste persoane revin bolnavilor ce suferă de schizofrenie, dintre care 50% (20 persoane) pacienți au comis fapte infracționale nefiind în stare psihotică acută, dar manifestând stări defectuale. Din cei 40 pacienți recunoscuți iresponsabili cu diagnosticul de schizofrenie, 9 la număr au fost diagnosticați cu schizofrenie primară. 5 din aceștia, având antecedente penale în trecut au mai fost supuși expertizei legale psihiatrice și recunoscuți responsabili în cadrul altor maladii, deoarece în stările de remisie aveau un comportament mai mult, sau mai puțin adecvat. Din cei 20 de pacienți, care au comis fapte infracționale în stare de remisie, 6 examinați erau la evidența psihiatrică cu diagnosticul de schizofrenie și în trecut s-au tratat la instituții psihiatrice. Studiul criminalității evidențiază că bolnavii psihici cu schizofrenie în remisie sunt mai periculoși având la bază atenuarea dereglărilor psihice bolnăvicioase în raport cu circumstanțele esențiale a realității. Infracțiunile adesea sunt comise în virtutea unui concurs de întâmplări: condițiile de viață dezastruoase, implicarea în grupări criminale, consumul de spirtoase [76, p. 4].

Pentru demonstrarea celor spuse mai sus, vom prezenta un caz practic. Astfel, persoana Y, de sex masculin, născut în anul 1960, a fost învinuit de Procuratura raionului Ungheni pentru comiterea infracțiunii, prevăzute de art. 145 al. 1 CP RM, infracțiunea calificată omor intenționat. Pentru că pe parcursul procesului de urmărire penală s-a pus la îndoială sănătatea psihică a persoanei acesta a fost îndreptat pentru a se efectua expertiza medico-legală psihiatrică. Persoana în cauza vine dintr-o familie normală, a absolvit 10 clase, a satisfăcut serviciul militar, s-a căsătorit, după care a lucrat până la pensionare în armată în calitate de plutonier major, apoi în calitate de pompier, după care a lucrat la Moscova unde a fost bătut și a suferit o comoție cranio-cerebrală. După ce s-a întors în țară s-a mutat să trăiască la sat, unde se ocupa cu agricultura. În același timp a început să facă abuz de băuturi alcoolice. Avea o atitudine ostilă față de soacra sa, crezând că aceasta îl bârfește prin sat. De la un anumit moment a devenit foarte suspicios, crezând că vecina sa îl urmărește la comanda soacrei și soției sale. În această perioadă a început să manifeste calități paranoide, crezând că cineva îl urmărește și îi dorește rău, înscriind într-un caiet ora când cineva vine la el. Pentru a se apăra de răuvoitori și-a achiziționat o armă de foc. Prin urmare, într-o stare de agresivitate acută, acesta s-a dus la vecina sa să clarifice situația. Aceasta din urmă văzând arma de foc, s-a speriat și a început să-l alunge. Inculpatul a efectuat o împușcătură, provocându-i vecinei sale plagă prin armă de foc a cutiei toracice, cauzându-i moartea acesteia. Expertiza medico-legală psihiatrică a ajuns la concluzia că vinovatul suferă de Schizofrenie cu formă paranoidă, acesta fiind declarat iresponsabil și deoarece prezintă pericol social sporit i s-a aplicat tratamentul prin constrângere cu supraveghere riguroasă [145, nr. 135 an. 2011].

Un alt caz practic pe care-l putem prezenta drept exemplu a influenței bolii psihice și anume a schizofreniei în cazul dat asupra comportamentului infracțional este cazul persoanei Z, de sex

masculin, născut în anul 1955, care a fost inculpat pentru comiterea infracțiunii, prevăzută de art. 217 al.3 lit.c CP RM, infracțiunea calificată circulația ilegală a substanțelor narcotice, psihotrope sau a precursorilor. Pentru că această persoană se afla deja la evidența medicilor psihiatri și în trecut a mai săvârșit infracțiuni sub influența afecțiunilor sale psihice, Judecătoria mun. Bender a solicitat efectuarea expertizei medico-legale psihiatrice pentru a determina starea de responsabilitate sau iresponsabilitate a acestei persoane. Astfel, expertiza a constat, că inculpatul Z avea rude care au suferit de boli psihice, s-a născut cu asfixie, la 6 ani a suferit o traumă cranio-cerebrală, tatăl său îl bătea des, era un copil nervos și plângăreț. După ce a absolvit 8 clase a apărut un glas care îi ordona în mod imperativ să comită diferite acțiuni. Astfel, sub influența acestor halucinații auditive provocate de deficiențele sale psihice, persoana Z a comis o serie de infracțiuni pe tot parcursul vieții sale, cum sunt furturi, violuri, pentru care și-a ispășit pedepsele, deoarece era declarat responsabil. În același timp urma și tratamentele prin constrângere la care era obligat și se afla la evidența psihiatrilor. Cu trecerea timpului, starea sa psihică a devenit tot mai defectuoasă, acesta fiind izolat, amenințând adesea că se va sinucide etc. În vara anului 2010, acesta a colectat de pe câmp cânepă, care a uscat-o și a mărunțit-o, obținând marijuana. O păstra la el fără scop de înstrăinare. Când a fost reținut la stația de cale ferată din Bender, persoana X avea la el 3,006 gr de marijuana. Acesta a fost arestat și a recunoscut fapta sa, spunând că obișnuiește să fumeze marijuana când nu mai are țigări. În legătură cu faptul că inculpatul se află la evidența medicilor psihiatri și au apărut îndoieli privitor la sănătatea lui psihică, acesta a fost îndreptat la expertiza medico-legală psihiatrică, care a ajuns la concluzia că persoana Z este iresponsabilă, deoarece suferă de schizofrenie paranoidă - defect de tip combinat și deoarece nu prezenta pericol social, tratament prin constrângere nu i s-a aplicat, rămânând doar la evidența psihiatrilor [319, nr.57 an-2012].

Paranoicul

Paranoia este o tulburare comportamentală gravă, care la rândul său determină o abaterea severă a individului de la regulile sociale și care este reprezentată prin manifestarea halucinațiilor de grandoare sau persecuție. În ceea ce privește natura paranoiei, trebuie spus că elementele particulare ale personalității paranoide se regăsesc în manifestările prestate la începutul perioadei adulte. Tulburarea intervine ca urmare a pierderii unor persoane apropiate, a poziției sociale, a suferirii unei traume fizice și psihice, a consumului de substanțe psihotrope sau a intervenției unei boli (tumoare pe creier) [159, p. 13].

Paranoicul la rândul său este caracterizat printr-un comportament prin halucinații auditive și idei delirante, gravele confuzii atât de natură afectivă, cât și a cognitivă. Paranoicul apreciază că dezordinea comportamentului său este determinată de răutatea și perversitatea celorlalți, aprecierile sale neputând oferi un temei real. Consecințele dezorganizării comportamentului paranoicului sunt reprezentate de anxietatea, agresivitatea și irascibilitatea permanentă, alternând cu tendința de a proteja alte persoane, fără a aprecia dificultățile care apar.

Tulburările paranoicului ca un punct de referință se caracterizează de un comportament prin rea-voință față de atitudinile celor apropiați și cu multă suspiciune și neîncredere față de cunoscuți.

Paranoicul înțelege să-și dovedească victimizarea, precum și prin schimbarea de atitudine față de cei apropiați apreciindu-i ca ostili și incorecți precum și prin faptul că adoptă asemenea atitudini față de apropiați și față de cunoscuți pe care îi consideră nedemni de încrederea sa.

Abaterile de la regulile de comportament urmate de paranoic îl determină să adopte măsuri exagerate de precauție. Considerând că poate să ofere norme pentru experiența umană, se dovedește incapabil să înțeleagă și să accepte cea mai simplă normă socială. Întrucât acceptă și urmează cu fanatism regulile proprii, încearcă să atragă și alte persoane la imperativele ipotetice pentru a schimba lumea. Paranoicul urmărește să dobândească o considerabilă influență asupra foștilor săi adversari, cărora nu le uită și nu le tolerează ofensele de altă dată. Acesta procedează la supravegherea completă și diversificată a partenerului, ajungând până la sechestrarea lui [159, pp. 15-16].

Supraapreciind semnificațiile propriilor sale intuiții paranoicul este ghidat de starea de neliniște provocată de neîncrederea în comportamentul partenerului său fiind de fapt o consecință infidelității sale, și acesta este deci un gelos iremediabil, astfel, acesta nelăsându-se intimidat de regulile sociale și de normele bunului simț, în relațiile intime manifestându-se cu ostilitate [159, pp. 15-16].

Oligofrenul

Oligofrenia urmare a îmbolnăvirii creierului reprezintă o insuficiență a dezvoltării intelectuale, care de fapt și presupune o reducere a conștiinței individului și a puterii de gândire. Oligofrenul nu va dobândi capacitatea de a concluziona, și de a propune măsuri, de a învăța, de a reflecta de a percepe.

Oligofrenul manifestă o întârziere în dezvoltarea sa generală și deține o slabă emotivitate și este caracterizat de incapacitatea înțelegerii obișnuite [159, p. 18]. Oligofrenul răspunde de regulă violent și deoarece este lipsit de posibilitatea de apreciere a unui sistem de valori poate ajunge la stări delirante pasagere. Fără nici un fel de orientare a gândirii, fără sentimente și fără idei acceptabile, dispozițiile oligofrenului constau doar în răspunsuri, manifestate prin furii și reacții violente la actele instinctuale. De aceea, sub aspect intelectual, ei devin mai frecvent instrumente ale realizării unor acte antisociale, datorită sugestibilității marcate, aderenței la scopurile și actele judecate de terțe persoane și care pot ajunge până la subordonarea totală a comportamentului (inducție), când oligofrenul devine un fel de robot al unor acte comandate, adevărații responsabili ai lor. Imaturitatea afectivă se manifestă prin impulsivitate și instinctualitate grosieră, foarte frecvent actele de violență fiind motivate de impulsivitate, resentimente, frustrare afectivă. Oligofrenii aglutinează în grupuri delincvente fiind caracterizați prin sugestibilitate, conduse de un superior mintal care și este lider [92, p.201].

Dementul

La rândul său demența reprezintă o uzare patologică a inteligenței individului, o istovire și a intervenției sau a unei deteriorare a psihicului ca rezultat al afecțiunii organice a creierului și aceasta ca urmare a depunerii unui efort o perioadă îndelungată și nemăsurată de timp. Lucrurile și evenimentele pentru dementul nu mai au nici o semnificație, acesta nu se mai teme de nici o consecință și nu mai este conștient de nimic deja [92, p.201]. Astfel că individul nu mai are simțul

moralei, iar necesitatea și dificultatea evaluării sociale aprecierile nu mai sunt controlabile, devine vulgar, dependent de nimicuri și agresiv la supărare, iar impedimentele realizării unui act sau activitate social periculoasă practic au dispărut deja. El de altfel nu mai deosebește între ceea ce este interzis și ce este admis.

Imbecilul

Imbecilul presupune o stare a individului de întârziere mentală nu va fi capabil să scrie, să socotească, să citească și nici să-și îngrijească în mod normal, propria persoană. Care la rândul său poate realiza acte și unele trebuințe imperioase, uzuale.

Imbecilul după cum se poate observa se caracterizează prin lipsa de înțelegere a sensului actelor complexe datorită insuficiența capacității intelectuale, a inhibițiilor provocate de excitanții puternici, dar prin lipsa de percepere și înțelegere a conținutului simbolic al unei activități. De regulă, nivelul de inteligență a acestuia, este la nivelul unui copil de 4-6 ani. imbecilul după cum observăm este unul dependent deja. El de fapt neavând capacitatea de apreciere dezvoltată, și este docil și supus celor care îl îngrijesc sau îl supraveghează [159, p. 21].

Imbecilul, prin deficitul mintal grosier devine adesea indus în acte de furt, homosexualitate, cerșetorie [72, p. 202].

Idiotul

Idioțenia presupune forma care, deja, determină incapacitatea individului de a vorbi și de a adopta o anumită conduită, care este cea mai gravă deficiență intelectuală, și aceasta se petrece din cauza opririi dezvoltării sale mentale. Cu alte cuvinte despre dezvoltarea și evoluția intelectuală a idiotului apreciem că este și presupune o întârziere care se poate manifesta sub două forme: întârziere mentală severă și una profundă.

Idiotul nu mai are capacitatea de a-și controla reacțiile, neînțelegându-și propriile sale impulsuri.

Cretinul

Stare provocată de tulburări psihică ca rezultat ale încetării sau disfuncționalității glandei tiroide se numește cretinism. Acesta reprezintă o reducere a facultăților mintale, care determină oprirea dezvoltării glandelor genitale.

Ca urmare a întârzierii dezvoltării inteligenței, individul este incapabil să utilizeze și să înțeleagă limbajul normal sau să vorbească și să-și îngrijească propria persoană. Actele produse sunt lipsite de conținut, de sens, fiind absurde [161, p. 23].

Debilul mintal nu are capacitatea de a prevedea întotdeauna consecințele actelor lui, nu are capacitatea discriminării critice și autocritice, nu înțelege semnificația antisociali a unor acte (în raport de situație și de faptul comis), având un nivel de dezvoltare și adaptare socială elementară sub nivelul vârstei de 14 ani, care este vârsta discernământului după lege. Debilitățile mintale ușoare cu deficit de originalitate și infantilism nu alterează, de regulă, discernământul decât dacă unele sentimente de umilință declanșează agresivități nejustificate, iar în fața unor necesități ce devin dorite patologic sau evidențiază o slabă capacitate de rezistență la tentații [106, p. 202].

Epilepsia în crizele epileptice de grant mai că nu ar exista o posibilitate la comiterea unor acte penale. În echivalențele epileptice (adică situații de acest gen), riscul unor fapte patologice este unul deci major, datorită situației caracteristice confuzie de natură mintală, cu păstrarea automatismelor motorii și prezența unor stării de asocierii cu prezențe amnezice și, respectiv în aceste situații.

Epilepsia temporală, este după cum se știe, dintre acestea, încărcată în raport direct cu un grad maxim de agresivitate a lui de prezența unei aderență a bolnavului de natură afectivă. Astfel, actele de violență se consumă sau se realizează într-un mod subit, sau nepremeditat, cu conștiința obnubilată și, deci, cu amnezie, automatic și deseori de intensitate extremă, cu motivație, după cum se știe, legată de o frustrare afectivă, uneori cu exprimare prealabilă a intenției, dar cu consumare a actului în stare de tulburare a conștiinței. În stările de echivalențe epileptice cu automatisme motorii păstrate și confuzie, se comit: acte de furt, fugă sau chiar omor patologic, caracterizate prin aceea că sunt făcute la vedere, cu expuneri la riscuri vitale, cu furt de obiecte inutile și abandonate, cu amnezia faptului comis, fără o finalitate sau beneficiu și cu echivalențe de epilepsie [106, p.202].

Cu *deliruri mistice imperative* și halucinații se asociază **psihoza epileptică**, comițându-se violențe grave: omucideri împotriva oricărei persoane ieșite în acest moment în calea bolnavului, lipsite deci de premeditare, cu atacuri bruște, feroce, cu lipsa disimulării actului, lipsa regretelor și remușcării pentru faptul comis și deseori cu amnezia celor petrecute. Bolnavul epileptic, cu tot tratamentul actual, se află în pragul delincvenței oricând și ale cărui fapte grave a făcut să se afirme că un epileptic blând este mai periculos decât un maniac furios [106, p. 203].

Deși fiecare criminal alienat mintal prezintă trăsături caracteristice bolii respective, există și unele trăsături caracteristice (simptome) comune. Sub aspect corporal, anatomico-fizic, alienatul, în funcție de cauzele alienării lui (cauze psihogene, cauze ereditare, cauze infecțioase, traumatisme), prezintă schimbări, deteriorări ale sistemului nervos, motric, din cauza cărora mișcarea și activitatea lui devin anormale: hiperactive, hipoactive, instabilitate.

Sub aspect emotiv-activ se manifestă tendințe ori dorințe, emoții ori alte stări afective care nu corespund cu cele ale omului normal, în sensul că acestea sunt uneori, puternice, explozive, alteori slabe, stinse, uneori ele sunt schimbătoare, trecându-se de la frică la mânie, alteori de la bună dispoziție la rea dispoziție, dar ceea ce caracterizează aceste stări afective este faptul că ele nu corespund realității ori vin în contradicție cu aceasta.

Sub raportul proceselor și al funcțiilor de cunoaștere, se observă mai multe schimbări: se produce o îngustare a acestora; în cazul percepției se produc fenomene specifice - iluzii; memoria slăbește, se produc amnezii; în procesul gândirii apare o slăbire și o lipsă de logică; bolnavul se retrage în sine și pierde contactul și controlul realității; în conștiința bolnavului se instaurează imagini, idei care devin dominante, obsesive și la care bolnavul nu renunță și de care nu se poate debransa.

Sub raport social, bolnavul pierde legătura cu societatea, producându-se un pronunțat proces de înstrăinare. Comportarea bolnavului devine curioasă, dificilă și antisocială. Simțirea lui este deplasată, dorințele lui sunt contrare relațiilor sociale și, în cazuri excepționale, omul se dedă la acte antisociale, chiar la infracțiuni [148, pp. 99-100].

Criminologul rus Iu. M. Antonean precizează că individul cu deficiențe mentale vede altfel lumea înconjurătoare, acesta tinzând să-și apere propriul Eu chiar și atunci când pe acesta nimeni nu-l amenință, fapt care se poate fi înfăptuit prin intermediul nimicirii altei persoane. De asemenea, autorul precizează că infractorul cu deficiențe mentale nu ia în considerare pericolul pedepsei [175, p. 134].

În lucrarea noastră, considerăm că o predicție cât mai eficace a bolnavului mintal rezultă din conjugarea următoarelor criterii:

- Starea de existență a bolnavului psihic și circumstanțele sale de viață situațională, fiind cunoscut că violența bolnavului mintal depinde, în egală măsură, atât de personalitatea bolnavului mintal, cât și de mediul său de viață. Stilul de viață al bolnavului, consumul de alcool și de droguri, constituie riscuri de violență potențială pentru familia persoanei, dependente de mediul de existență al bolnavului, riscuri ce nu pot fi neglijate și care confirmă adevărul că, în majoritatea cazurilor, chiar și violența psihică se consumă într-o situație dată și este proprie unui mod de existență. În acest fel, predicția violenței bolnavului mintal nu poate face abstracție de criteriul infracțional al acestui tip de violență patologică;

- Apoi, în predicția violenței bolnavului mintal, un rol deosebit îl au datele și antecedentele personale și juridice ale bolnavului, culese cu acuratețe, care frecvent, apar cu o valoare predictivă mai mare decât datele clinice ce constau în frecvența și intensitatea tulburărilor psihopatologice, în gradul de disoluție psihică a bolnavului;

- Numai din acordul criteriilor psihiatrice, psihologice, judiciare și sociologice, într-o evaluare multidisciplinară, se poate scădea rata erorilor de predicție în evaluarea riscului de pericolozitate comportamentală de cauză psihologică.

Din evaluarea potențialului predictiv al criteriilor sus-menționate rezultă că prevenirea riscului de pericolozitate constituie o problemă esențială, individuală a fiecărui bolnav psihic. Faptul că violența bolnavului mintal nu este o problemă pur psihiatrică, ci o problemă socio-juridică transformă problema pericolozității comportamentului psihopatologic într-o problemă socio-criminologică și psihiatrică complexă [149, p. 183].

După o serie de cercetări a violenței bolnavilor psihic, Guze și Cloninger au arătat că violența acestora nu a fost mai mare ca violența generală. În acest sens, și Swanson relevă ca 90% dintre bolnavii psihici nu sunt violenți, că doar 35% dintre bolnavii schizofrenici au comis omoruri delirante ori halucinatorii [149, p. 183].

Oricât de dificil ar fi de prezis și afirmat, pericolozitatea bolnavului psihic nu poate fi neglijată sau refuzată, deoarece sursa violenței și a pericolozității rezidă mai mult în mediul său social de existență decât în simptomatologia bolii mintale [175, p. 184].

Prezența bolilor psihice ne ajută să înțelegem numai motivele săvârșirii anumitor tipuri de infracțiuni - de obicei acestea fiind infracțiuni cu caracter violent și acțiuni huliganice, sau cele legate de degradația socială a personalității făptuitorului (recidiviștii, vagabonzii, cerșetorii), marea majoritate a infracțiunilor totuși fiind săvârșite, de regulă, de persoane sănătoase din punct de vedere mintal [175, p. 158].

În aceeași ordine de idei putem spune că, totuși, anumite tipuri de infracțiuni pot fi săvârșite de persoane cu devianțe psihice, însă, nu întotdeauna aceste anomalii psihice au atribuție la infracțiunea respectivă. În dependență de forma, grupa și tipul anomaliei psihice, aceștia pot fi criminogeni în anumite situații și absolut neutri în altele. De aceea este foarte important de a cunoaște legătura dintre anumite tipuri de infracțiuni și anumite forme de patologii psihice, de exemplu prin intermediul observării prezenței a unora sau altora deficiențe psihice la indivizii care au săvârșit un fel sau altul de infracțiuni [175, p. 158].

Astfel, multe cercetări au arătat, că printre ucigași și persoanele vinovate de vătămarea gravă a integrității corporale și sănătății, cei mai mulți sunt psihopați, iar printre cei vinovați de violuri - persoane cu consecințe a leziunilor organice a sistemului nervos central și oligofrenii.

Criminologul român, I.A.Iacobiță arată că studiul infracțiunilor de omor atestă că numărul persoanelor care au săvârșit infracțiuni de omor, pentru că sufereau de afecțiuni psihice, este foarte ridicat, deoarece din 170 de persoane avute în vedere pentru că au comis omorul împotriva soțului sau a unei rude apropiate, 12 se aflau în această stare. Între cele 12 persoane care au comis fapte de omor sub influența deficiențelor de natură psihică se afla un tânăr care și-a ucis ambii părinți, altul care și-a ucis mama, iar altul și-a ucis socrii [172, p. 187].

Cunoașterea maladiilor psihice și ale manifestărilor acestor boli de către juriști este necesară pentru justa soluționare a cauzelor. Iar această cunoaștere se realizează cu ajutorul psihologilor și al psihiatrilor, care pentru a le diagnostica supun subiecții la teste adecvate [140 p. 104], despre care vom vorbi în continuare.

Pentru studiul mai aprofundat al acestei teme am făcut un interviu cu dl. Vasile Cazacu - psihiatru, expert judiciar, șeful Secției de psihiatrie judiciară al Spitalului Clinic Republican de Psihiatrie (secția de expertiză medico-legală ambulatorie), cu un stagiul de muncă de 25 de ani, care și-a făcut studiile la Moscova și am discutat referitor la influența bolilor psihice asupra comportamentului infracțional. Astfel, în urma acestui dialog am aflat că, totuși, bolile și devianțele psihice ocupă printre primele locuri în formarea comportamentului infracțional, 70% dintre toate persoanele care au comis o infracțiune fiind definiți ca delincvenți cu tulburări psihice, însă care nu exclud responsabilitatea și doar o parte mică dintre aceștia suferă de tulburări psihice care exclud responsabilitatea. De asemenea, am aflat că psihopatiile sunt bolile cu cel mai mare potențial infracțional, deoarece psihopații sunt asociale și foarte impulsivi ca caracter, aceștia nefiind predispuși la corectare și statistica arătând că recidiva în cazul lor este practic de 100%. Însă, în general, recidiva în cazul persoanelor care suferă de tulburări psihice nu este mai mare decât în cazul infractorilor de ordin comun, deoarece acestora li se aplică tratamentul prin constrângere, care durează până în momentul în care persoana care a săvârșit o infracțiune și a fost declarată iresponsabilă are o atitudine critică față de faptă și față de boală. De asemenea, faptul dacă persoana va comite sau nu din nou o infracțiune depinde în mare măsură de mediul social în care aceasta se va întoarce după ce va încheia tratamentul prin constrângere. Infracțiunile cele mai frecvent săvârșite de către persoanele care suferă de anomalii psihice sunt actele de huliganism, vătămări

corporale și furturi, omorurile nefiind caracteristice acestui tip de infractori, însă, sunt și ele întâlnite.

2.4. Condiții și criteriile de evaluare a iresponsabilității penale

În corespundere și din deducerea textului de la art. 23 alin. (1) CP RM: cauzele care determină iresponsabilitatea (aspectul medical al iresponsabilității penale) sunt:

- *boala psihică cronică;*
- *tulburarea psihică temporară;*
- *altă stare patologică.*

În corespundere efectele lor și cu aceste cauze, această stare de incapacitate psihică poate fi **temporară** sau **permanentă**, cunoscând perioade și stări de luciditate. De asemenea, poate fi **înnăscută (congenitală)** sau **survenită (stări patologice)**. Indiferent care ar fi durata și cauzele iresponsabilității, trebuie să fie una **totală** pentru ca să se înlăture caracterul penal al faptei, adică să lipsească complet capacitatea psihică în momentul comiterii faptei socialmente periculoase, conchide pe bună dreptate C. Bulai [65, p. 268]. Nu constituie caz de iresponsabilitate neputința de a-și da seama de acțiunile sau inacțiunile sale sau neputința de a le stăpâni, când această neputință provine din cauza lipsei de maturitate psihică (de exemplu, minoritatea făptuitorului) sau din ignoranța ori eroarea de fapt, acestea constituind eventual o altă cauză de înlăturare a caracterului penal. De asemenea, nu poate fi considerat în stare de iresponsabilitate nici persoana făptuitorului care se află din culpa (imprudență) sau într-o stare de inconștiență. Conform prevederilor cuprinse în art. 23 CP RM rezultă că două criterii: **medical** și **juridic** stau la baza iresponsabilității.

Iar numai în mod cumulativ ambele criterii, la rândul său, determină starea de iresponsabilitate a persoanei. Necesitatea îmbinării a două criterii se explică prin faptul că prezența bolii psihice la persoană (*criteriul medical*) nu dovedește despre imposibilitatea incriminării faptei socialmente periculoase. Gradul bolii mintale care permite persoanei să se orienteze în fenomenele lumii obiective și să înțeleagă caracterul, natura faptelor, precum și capacitatea de a dirija în mod normal, nu exclude faptul de a recunoaște persoana respectivă responsabilă și a o trage la răspundere. De aceea, menționează autorul A. Mariș, legiuitorul introduce drept obligatoriu criteriul psihologic (juridic), prin care se caracterizează și se fixează gradul de gravitate al acestor boli, adică măsura în care persoana este aptă să înțeleagă sensul socialmente periculos al activității sale sau să-și dirijeze conștient activitatea [117, p. 146].

a. Criteriul biologic (medical) denotă că persoana are dereglări psihice și reprezintă o listă generalizată de dereglări psihice:

1) **boala psihică cronică**, incluzând o grupă de boli psihice, care au un caracter permanent, sunt greu vindecabile și au tendința spre a evolua (schizofrenia, sifilisul creierului, oligofrenia bătrânească, encefalita epidemică, psihoza depresivă maniacală etc.); în cazul acestor maladii este posibilă o ameliorare parțială a stării bolnavului (remisie), însă aceasta nu înseamnă vindecarea bolnavului; în cazul schizofreniei, persoana se prezintă ca un neadaptat, mereu în contradicție cu

starea de normalitate existentă în familie, colectiv, societate; tulburări psihice caracteristice sunt halucinațiile, ideile delirante, tulburări de percepție, memorie, gândire;

2) **tulburarea psihică temporară**, la care se referă bolile psihice, care încep brusc, poartă un caracter temporar și, de regulă, se termină cu însănătoșirea deplină (afectul patologic, ebrietatea patologică, psihoza acută, reacția de scurtcircuit etc.); nu este o boală psihică în adevăratul sens al cuvântului, ea constituie o alienație mintală;

3) **debilitatea mintală (oligofrenia)** - este o boală patologică, având divers grad de evoluție, boală moștenită sau dobândită în copilărie, constituind o arierație mintală.

După gravitate, oligofrenia se manifestă prin trei forme: **a)** debilitate (o formă ușoară); **b)** imbecilitate (o formă medie); **c)** idiotie (cel mai înalt grad de alienație psihică).

Oligofrenia a fost caracterizată ca un deficit lobai al funcțiilor de cunoaștere concretizat în sărăcie intelectuală, imaturitate afectivă și sugestibilitate pronunțată. În funcție de gradul deficitului mintal, oligofrenia a fost clasificată de Organizația Mondială a Sănătății în: *severă* (gradul III (cu QI sub 40 și vârsta cronologică mintală de 5 ani); *medie* (gr. II (cu QI de 50 și vârsta cronologică mintală de 7 ani, când bolnavii pot fi dresabili, dar nu și educabili); *ușoară* (gr. I (cu QI sub 70 și nivel mintal analog vârstei de 10-12 ani) [169, p. 114];

4) **altă stare patologică** - noțiune care include diferite boli, însoțite de așa tulburări psihice care numai în formă gravă pot fi cauza iresponsabilității omului (formele grave de psihopatie, anomaliile psihice la surdo-muți etc.) [111, p. 142]. Cel mai frecvent întâlnită este psihopatia, care se caracterizează prin tulburări de comportament manifestate în cadrul unei conduite ce pare normală. Respectiv, prin altă stare patologică se înțelege o astfel de stare patologică care nu este cronică sau nu se distinge prin nicio tulburare a activității psihice, dar după dereglările ei psihopatologice poate fi pusă totuși pe aceeași treaptă.

Și doctrina rusă divizează criteriul medical al iresponsabilității în patru grupe distincte ale dereglărilor psihice: *boala psihică cronică*; *tulburarea psihică temporară*; *debilitatea mintală și altă stare patologică* [196, p. 40]. La definirea medico-legală psihiatrică a iresponsabilității, autorul V. Beliş susține că trebuie avute în vedere următoarele criterii: neformarea discernământului critic; handicapul grav mintal sau psihosenzorial; alterarea nivelurilor de conștiință elementară și operațional-logică; motivația psihopatologică a momentului săvârșirii actului antisocial și în general a comportamentului deviant; existența unei legături directe de cauzalitate între trăsăturile patologice ale personalității și elementele constitutive ale actului infracțional (antisocial) comis; reactivitatea patologică cu implicații medico-legale așa-zisă paroxistice; incapacitatea psihică (intelectivă, afectiv - volitiv debutul medico-legal al psihozelor endogene etc.). [40, p. 733]

Criteriul medical indică la faptul că iresponsabilitatea trebuie să fie condiționată în exclusivitate de dereglările psihice. Prin condiția respectivă se înțelege: dereglarea psihică este provocată de pricinile, ce nu depind de voința și dorința celui bolnav; dereglarea psihică nedureroasă, care poate influența la capacitatea de percepere a acțiunilor sale și de a le conduce - afectul, ebrietatea, încordarea emotivă puternică și altele - nu se atribuie la circumstanțele, care determină iresponsabilitatea (deși pot influența

la calificarea infracțiunii sau să se ia în considerare pentru stabilirea pedepsei penale); pentru constatarea iresponsabilității este necesară expertiza psihiatrică.

Atribuirea bolii la un indice sau altul al criteriului medical în multe cazuri trebuie să fie considerată convențional. În procesul judiciar indicele criteriului medical (dereglarea psihică cronică sau temporară) nu are o însemnătate decisivă la constatarea iresponsabilității, însă calificarea corectă a stării este importantă pentru prognozarea și alegerea măsurilor de constrângere cu caracter medical [196, p. 40].

b. Criteriul juridic (psihologic) are o importanță de principiu. Criteriul psihologic al iresponsabilității are la bază doi factori: *intelectiv* și *volitiv*.

Factorul intelectual presupune incapacitatea persoanei de a-și da seama de caracterul adevărat, prejudiciabil al faptei săvârșite de ea, adică nu conștientizează caracterul prejudiciabil al faptei. Respectiv, factorul intelectual constă în incapacitatea persoanei de a-și da seama de acțiunile sau inacțiunile sale, semnificația lor socială, valoarea lor, precum și urmările acestora [117, p. 146].

Factorul volitiv al iresponsabilității se caracterizează prin lipsa capacității persoanei de a-și dirija acțiunile și este determinat de afectarea sferei volitive a psihicului persoanei [35, pp. 78-79]. Deci, pentru existența criteriului juridic este destul să fie stabilit unul din factorii indicați - sau a celui intelectual sau a celui volitiv [190, p. 185].

În noțiunea iresponsabilității prevăzută în art. 23 CP RM factorii intelectual și volitiv sunt separați prin conjuncția „sau”. De aici rezultă că persoana va fi recunoscută iresponsabilă atât în cazul când ea nu putea să-și dea seama de acțiunile sale, cât și atunci când persoana conștientiza caracterul social al faptei, dar nu putea să-și dirijeze acțiunile [117, p. 147]. Doctrina penală mai cunoaște și un alt factor - *factorul emoțional al criteriului psihologic al iresponsabilității*, care nu-și găsește reflectare în legislație. Absența lui în formula iresponsabilității se explică prin faptul că tulburarea - stare emoțională de grad înalt, duce la o tulburare a intelectului volitiv, intelectual sau a ambelor împreună [175, p. 115].

Esența și conținutul iresponsabilității mai vădit se manifestă în criteriul juridic. Anume acest criteriu denotă despre schimbările esențiale în psihica bolnavului, caracterizează pierderea de către cel din urmă a capacității de a aprecia corect comportamentul sau și de a-l dirija, respectiv de a înțelege că săvârșește o infracțiune. Referitor la condițiile iresponsabilității în literatura de specialitate [37, p. 158] s-a apreciat că acestea ar fi: fapta comisă de către iresponsabil să fie prevăzută de legea penală; făptuitorului să-i lipsească fie capacitatea de a înțelege (datorită inconștienței), fie aceea de a-și dirija voința (impulsivitate irezistibilă, ori lipsă de voință totală, abulie); starea de iresponsabilitate să existe în momentul comiterii acțiunii (inacțiunii) prevăzute de legea penală (de când a început acțiunea sau inacțiunea și până la terminarea acesteia, fără să fi intervenit vreun moment de luciditate).

Când hotărârea a fost luată în stare de responsabilitate, dar acțiunea (inacțiunea) a fost comisă în stare de iresponsabilitate (*actio libera in causa*) făptuitorul nu va răspunde penal, cu toate că s-ar considera că a fost comisă cu premeditare, fiindcă starea de responsabilitate trebuie să existe când se

execută acțiunea sau inacțiunea. Altfel, hotărârea nu are nicio semnificație penală. De exemplu, în caz de epilepsie. Dacă, ulterior comiterii acțiunii (inacțiunii) persoana respectivă devine responsabilă, fapta sa își păstrează caracterul neinfrațional. Când, însă, făptuitorul a fost responsabil în momentul comiterii acțiunii (inacțiunii) și ulterior devine iresponsabil, fapta va fi infracțiune, dar procesul penal va fi suspendat sau executarea pedepsei va fi amânată până la însănătoșire, dacă între timp nu a intervenit prescripția. Va exista răspunderea civilă a persoanei responsabile civilmente dacă se va constata o culpă din partea sa [37, p. 159].

De datele și noțiunile psihologiei și psihiatriei sunt determinate noțiunile de responsabilitate și iresponsabilitate determinate de starea și evoluția proceselor psihice și starea sănătății psihice a omului. Acțiunile spontane și volitive, faptele și comportamentul în general sunt controlate de conștiință. De aceea omul sănătos din punct de vedere psihic trebuie și poate să-și dea seama de mediul în care acționează, de posibilitățile reale de a săvârși sau nu o infracțiune. După cum principala caracteristică a infracțiunii, care se apreciază ca faptă antisocială prevăzută de legea penală este vinovăția, stabilirea acesteia și gradul răspunderii ei nu se stabilesc numai în raport cu starea psihică, ci și în funcție de toate împrejurările comiterii faptei.

Intenția este principala formă sau temei al vinovăției cu care a fost comisă fapta. Criteriul de definire al intenției este discernământul, deoarece infractorul prevede rezultatul faptei sale, urmărind producerea lui prin săvârșirea acelei fapte. Pentru a da o definiție a responsabilității, autorii S. Rubinștein și Dragomirescu trec în revistă diferite teorii, unele dintre care au și un caracter filozofic. Astfel, C. Lombroso susținea că *acțiunile omului sunt predestinate, datorită caracterelor sale constituționale; deci nu există o exprimare liberă a voinței și din acest motiv nu poate fi socotit niciodată responsabil*. Pe de altă parte sunt teorii cu un caracter mai materialist. Din acest punct de vedere se arată că *libertatea acțiunilor conștiente este numai aparent în opoziție cu determinismul, adică cu necesitatea. Acțiunile omului sunt condiționate obiectiv, iar libertatea presupune cunoașterea legilor existente independent de voința omului, adică libertatea în sens filozofic este „necesitatea devenită conștientă*. Măsura conștientă a responsabilității depinde de condițiile concrete, posibilitățile reale pe care mersul evenimentelor le oferă pentru a lua o atitudine conștientă față de urmările faptelor sale. Rezultă că acțiunile omului sunt determinate de condiții obiective, acesta este liber să-și definească singur conduita, în funcție de cunoașterea legilor obiective ale naturii și sociale și în concordanță cu ele, în funcție de posibilitatea de a prevedea urmările faptelor sale.

Există și punctul de vedere al lui D. Lunț, prin care se susține că *intervenția dialectică dintre libertate și necesitate este teza cea mai importantă pentru rezolvarea problemei responsabilității*. Deci autorii invocați definesc responsabilitatea ca pe *totalitate de însușiri pe care un individ trebuie să le aibă în momentul săvârșirii unei infracțiuni pentru ca aceea ce s-a săvârșit să i se poată imputa*. Absența acestor însușiri condiționează iresponsabilitatea. În acest context se mai poate menționa și o altă concepție, în care arată că *prin responsabilitate se înțelege totalitatea psihice ale individului și particularităților sale, care-l fac pe acesta să înțeleagă libertatea și necesitatea acțiunilor sale, și să aprecieze consecințele faptelor sale, atunci când el acționează contrar legilor morale și sociale*.

Responsabilitatea este așadar un atribut al persoanei și, totodată, al colectivității, care s-a format și s-a perfecționat pe parcursul dezvoltării ontogenetice, paralel și condiționat de formarea și dezvoltarea relațiilor inter-personale, de perfecționarea societății și relațiilor sociale. De aici rezultă și concluzia că această calitate, dublă reflectare și condiționare, se va perfecționa permanent și în continuare [124, p. 29].

În cazurile când infracțiunea a fost săvârșită de un bolnav psihic grav, expertiza îl va califica ca fiind iresponsabil. În unele cazuri epilepticul cu accese rare nu este socotit bolnav psihic. Însă el poate comite o infracțiune fiind într-o stare convulsivă, așa cum este starea crepusculară care se întâlnește destul de des la acești bolnavi. Cu toate că în momentul expertizei bolnavul nu are dereglări psihice, el este socotit iresponsabil, fiindcă a comis infracțiunea când era într-o stare de psihoză. Uneori psihoza apare după ce inculpatul a săvârșit fapta. În aceste cazuri judecata ia hotărârea ca inculpatului să-i fie aplicat un tratament obligatoriu. Dacă psihoza are un caracter trecător, el este socotit responsabil, deoarece în momentul săvârșirii infracțiunii el era sănătos. Se poate întâmpla că infracțiunea s-a săvârșit în stare de responsabilitate, iar în timpul procesului de judecată a apărut o boală psihică malignă, incurabilă. Acești bolnavi vor fi trimiși la tratament obligatoriu într-un spital de psihiatrie, iar procesul de judecată închis. Astfel putem conchide, așadar, discernământul este acea funcție de sinteză a psihicului care se manifestă prin aptitudinea și capacitatea subiectului de a crea planul unei activități sau și a scopului precum și ordinea etapelor desfășurării și de realizare a consecințelor și rezultatului care vor rezulta din săvârșirea ei. Subiectul are deci aptitudinea de a realiza activitatea sa dar și capacitatea de a o organiza în mod motivat. Libertatea de voință a subiectului se exprimă prin a săvârși activități corespunzătoare cu necesitatea social-istorică, normele pe care le-a înțeles și le-a însușit subiectul și le respectă ca pe o datorie morală a cetățeanului civilizat față de conviețuirea socială.

De doi factori depinde structura personalității dar și structura conștiinței acestuia în situația săvârșirii faptei, și anume cel volitiv și intelectual. Din acest punct de vedere expertiza trebuie cât mai în detaliu să studieze personalitatea inculpatului, apelând la datele din dosarul penal, din ancheta socială, din documentele medicale. De cea mai mare importanță este aprecierea gradului de dezvoltare intelectuală în momentul expertizei. Dacă este necesar, pot fi aplicate și investigații psihologice. Al doilea moment important este nivelul de instruire profesională și generală, experiența de viață a subiectului. Un factor determinant în structura personalității este educația. De aceea se va ține cont de aprecierea gradului de educație în familie și instituțională. Un rol important îl are și prezența unor factori organici sau somatici (traume, intoxicații, somatogenii), care duc la o scădere a nivelului personalității. Așa încât examinând minuțios particularitățile personalității inculpatului, expertul poate conchide dacă subiectul examinat este matur psihic sau încă nu a atins această etapă de evoluție, în care este plinar responsabil, găsindu-se fie într-o etapă anterioară (cazul minorului, adolescentului sau al psihopatului și oligofrenului), fie într-o etapă posterioară maturității, cum este etapa involuției.

Deci, responsabilitatea implică concomitent particularitățile personalității individuale care în diferitele cazuri poate fi apreciată ca matură, imatură, dizarmonică, nevrotică, psihotică, dementială. În evoluția structurii personalității se observă diverse grade de angajare responsabilă care în cele din urmă pot duce și la iresponsabilitate.

Alt moment principal se referă la structurarea conștiinței subiectului în momentul săvârșirii crimei, în comparație cu medicale, ar fi binevenită înlocuirea termenului demență (iresponsabilitate), care nu era fondat *pe nici o referință psihiatrică contemporană* [289, p.17]. După numeroase tentative, consemnează C. Virginie [305, p.57], problema este rezolvată de CP francez, prin introducerea noțiunii de *tulburare psihică sau neuropsihică*. Tulburarea psihică sau neuropsihică este în ordinea stabilită de legiuitor prima cauză de excludere a răspunderii, fiind prevăzută în Cap. II din Titlul II din CP francez. De exemplu, în art. 122-1 alin. 1 se indică la faptul că *nu este penalmente răspunzătoare persoana care era atinsă, în momentul faptelor, de o tulburare psihică sau neuropsihică datorită căreia îi fusese abolit discernământul sau controlul actelor sale*. Termenul demență nu a avut niciodată o semnificație medicală foarte precisă, el exprimând stadiul incipient la care se găsea psihiatria în momentul redactării CP din 1810 [318, pp. 125-131] structurarea conștiinței în momentul examinării. Dacă expertul s-a asigurat că subiectul are o bază, un potențial care îi poate asigura discernământul, atunci el trebuie să se asigure și cu al doilea punct - dacă în momentul comiterii infracțiunii persoana a dovedit un nivel de conștiință suficient pentru a atesta prezența discernământului sau din contra. În acest sens ar fi de remarcat, subliniază autorii H. Barte și G. Ostaptzeff, că odată cu dezvoltarea științelor, în Statutul Curții Penale Internaționale se oferă o semnificație juridică stărilor, împrejurărilor, situațiilor a căror existență în timpul săvârșirii faptei face imposibilă realizarea uneia din trăsăturile esențiale ale infracțiunii - vinovăției (ducând la inexistența acesteia) în partea a III-a, intitulată „Principiile generale ale dreptului penal”, în art. 31-33, acestea fără a fi unele exhaustive. Cauzele exoneratoare de răspundere sunt sistematizate astfel: art. 31 din Statut intitulat „Cauze de înlăturare a caracterului penal al faptei”, include alienația mintală, intoxicația. Potrivit art. 31 din Statutul Curții Penale Internaționale, la lit. a, se menționează că *o persoană la rândul său, nu este responsabilă penal dacă în momentul săvârșirii infracțiunii suferea de o boală mintală sau deficiență care îi distruge capacitatea de a aprecia caracterul ilicit sau natura faptelor sale ori de a fi stăpân pe ele, potrivit exigențelor legii*. Iresponsabilitatea este reglementată ca o stare de incapacitate psihică, datorită acesteia persoana, și din punct de vedere intelectual, fie nu putea înțelege de esența și valoarea acțiunilor pe care le comite ori, nu poate să-și coordoneze voința raportat cu propriile acțiuni pe care și le îndeplinește din punct de vedere, corespunzător cu cerințele legii. Pentru ca iresponsabilitatea să înlătore răspunderea penală, se cer întrunite următoarele condiții: să existe starea de incapacitate psihică datorită căreia făptuitorul să nu poată aprecia caracterul ilicit sau natura faptelor sale sau să nu le poată stăpâni, potrivit exigențelor legii, adică acea stare datorită căreia persoana nu poate aprecia caracterul ilicit sau natura faptelor sale (lipsa elementului intelectual) sau nu poate stăpâni și dirija acțiunile sale potrivit exigențelor legii (lipsa elementului volitiv); incapacitatea să fi existat în

momentul săvârșirii faptei, adică în momentul comiterii infracțiunii reglementate de Statut; starea de incapacitate să se datoreze unei boli mintale sau deficiențe, adică unei stări anormale de incapacitate psihică, datorită căreia este pus în imposibilitate de a-și da seama de acțiunile sale, de aspectul ilicității lor și de natura infracțiunilor săvârșite, ori de a le putea stăpâni; făptuitorul să fi săvârșit o infracțiune dintre cele reglementate sub jurisdicția Curții (crimă de genocid, împotriva umanității, de război, agresiune potrivit art. 5 din Statut).

Din prevederile legale se înțelege că pentru a fi în prezența unei iresponsabilități - cauză care înlătură caracterul penal al faptei - trebuie îndeplinite asemenea condiții:

1. Fapta săvârșită de către persoana iresponsabilă să fie prevăzută de legea penală. Numai în acest mod iresponsabilitatea va constitui o cauză care face ca fapta să nu fie infracțiune. Este lipsit de importanță dacă fapta s-a consumat sau dacă fapta a mai rămas doar în fază de tentativă pedepsibilă, ori dacă făptuitorul este complice sau instigator sau autor. De asemenea, fapta poate să fie comisă printr-o acțiune sau inacțiune. Esențial este ca fapta să fie reglementată și prevăzută de legea penală, deoarece neprevăderea ei înlătură ea însăși acest caracter, prin excluderea uneia din trăsăturile esențiale ale infracțiunii.

2. Dacă individul care a săvârșit fapta prevăzută de legea penal să se găsească în stare de iresponsabilitate. Aceasta presupune ca persoana să fie exclusă existența de capacitatea de a-și da seama de acțiunile sau inacțiunile sale, ori să nu poată fi stăpână pe ele. Lipsa capacitații psihice se referă la acele facultăți care condiționează aptitudinea de a înțelege sau care asigură posibilitatea unei manifestări de viață. Este suficient doar să se constate faptul că lipsa capacitații de a înțelege, respectiv lipsa discernământului sau starea de inconștiență, ori absența factorilor psihici necesari unui proces relativ normal (impulsivitatea irezistibilă, indiferența totală, abulia). Dacă se spune că o persoană nu-și dă seama de acțiunile sau inacțiunile sale, înseamnă că nu este în stare să înțeleagă caracterul antisocial al faptei și nu pricepe.

3. Când o persoană nu poate fi stăpână pe acțiunile sau inacțiunile sale înseamnă că-i lipsește posibilitatea de a-și determina și dirija manifestările de voință. În cazul acțiunilor, procesul de liberă determinare a voinței se datorează impulsivității irezistibile, iar la inacțiuni, indiferentismului total. În privința lipsei discernământului, a impulsivității irezistibile și a indiferentismului total, care intră în preocupările constante ale psihiatriei, în practică nu se ridică probleme deosebite, întrucât expertiza psihiatrică efectuată de specialiști se pronunță asupra incapacității psihice a persoanei care săvârșește fapte prevăzută de legea penală. Indiferent de natura cauzei care o determină și de forma ei de manifestare, iresponsabilitatea, fiind datorată unui factor care alterează, tulbură, suprimă sau împiedică normala funcționare a facultăților psihice intelective sau volitive a omului. Constatarea incapacității psihice constituie o problemă care trebuie soluționată numai cu ajutorul medicilor de specialitate prin instituirea unei expertize la cererea organelor de urmărire penală sau a instanțelor de judecată care se execută în regim de internare medicală [359, p.181]. Există, însă, unele situații, care promovează starea de iresponsabilitate a făptuitorului, dar numai în anumite condiții. Organul judiciar trebuie să manifeste o diligentă sporită

în elucidarea acestor cazuri. Astfel, starea de somn se definește fiziologic printr-un repaus profund al organismului și, în deosebi, al sistemului nervos, rămânând în funcție doar acele organe care sunt indispensabile pentru păstrarea vieții, iar sub aspectul funcțiilor nervoase acționând numai sistemul neurovegetativ. Se pune întrebarea dacă fapta săvârșită în timpul somnului (prin acțiune sau inacțiune) atrage răspunderea penală sau operează iresponsabilitatea - cauză care face ca fapta să nu constituie infracțiune. Este evident că persoana aflată în stare de somn, care comite fapta prevăzută de legea penală, va fi considerată iresponsabilă pe motiv că se află în stare de inconștiență. Această regulă funcționează câtă vreme starea de somn nu este urmare a culpei sale, și care nu a fost admisă, dorită sau chiar lăsată la rândul său, să se instaleze în mod premeditat de către făptuitor. În astfel de cazuri fapta săvârșită constituie infracțiune, iar persoana va răspunde din punct de vedere penal. Deci, starea de inconștiență anume provocată de făptuitor sau de altă persoană cu consimțământul său, ori dacă se datora culpei acestuia, va antrena răspunderea penală. În aceste situații identificăm prezența unor acțiuni sau inacțiuni efectuate în mod liber, în cunoștință de cauză (*actiones liberal in causa*), respectiv fapta aparent săvârșită în stare de inconștiență, dar pe care făptuitorul și-a reprezentat-o înainte de săvârșirea ei, când avea posibilitatea să-și determine și să-și dirijeze liber voința ori să-și dea seama de urmările faptei sale. În aceeași situație se găsesc și somnambulii, cărora le lipsește în totalitate viața, conștiința, posibilitatea cenzurii raționale a conduitei. Prin urmare, faptele lor nu pot fi considerate infracțiuni, considerându-se că au fost săvârșite în stare de iresponsabilitate. Situația este similară și în cazul persoanei hipnotizate sau care se află sub influența unor narcotice. Nu poate fi considerat iresponsabil acela care a acceptat să fie hipnotizat sau narcotizat în vederea săvârșirii faptei prevăzute de legea penală, urmând să se folosească de această stare.

4. Starea de incapacitate psihică trebuie să existe în momentul săvârșirii faptei prevăzute de legea penală. Acest fapt presupune că iresponsabilitatea să existe pe tot parcursul desfășurării acțiunii sau inacțiunii, fără să fi intervenit momente de luciditate. Ca atare, condiția nu este îndeplinită dacă, în intervalul de timp necesar pentru săvârșirea faptei, a intervenit la un moment dat capacitatea psihică a făptuitorului și a continuat să comită fapta, acceptând urmările socialmente periculoase [345, p. 227].

5. Dacă făptuitorul a fost lipsit de capacitatea psihică în momentul comiterii faptei, această cauză, care face ca fapta să nu constituie infracțiune, își menține efectele chiar dacă, ulterior, a încetat starea de iresponsabilitate.

În cazul în care incapacitatea survine după săvârșirea infracțiunii, făptuitorul va fi iresponsabil în judecată, deoarece fapta își păstrează caracterul penal, dar, după caz, executarea pedepsei va fi amânată iar procesul penal va fi suspendat ori va fi întreruptă până la probabila dispariție a situației cauzei de această incapacitate psihică. O situație specială întâlnită în practica judiciară se referă la făptuitorul care își provoacă starea de inconștiență pe fondul unui consum voluntar de alcool înainte de săvârșirea faptei prevăzute de legea penală. Starea de inconștiență existentă în timpul comiterii acțiunii sau inacțiunii s-ar datora beției voluntare complete, survenită pe fondul unei boli psihice preexistente, care singură nu ar

conduce la lipsa capacității psihice. Dar, în condițiile concrete, făptuitorul se va găsi în starea de iresponsabilitate, fiindu-i afectată capacitatea de prevedere și cea de dirijare a acțiunii sale. La această concluzie se ajunge în urma efectuării unor expertize medico-legale psihiatrice care pun în evidență maladii mentale grave [356, p. 203]. Întrebarea este dacă va opera iresponsabilitatea, cauză care face ca fapta să nu constituie infracțiune, sau beția voluntară completă, circumstanță atenuantă ori agravantă, după caz? Cu privire la acest aspect s-a pronunțat instanța supremă din România, care a statuat că nu este iresponsabil inculpatul care se găsea în stare de inconștiență în momentul săvârșirii faptei datorită beției voluntare complete, chiar dacă aceasta, presupunându-se unei boli psihice preexistente, a determinat reducerea capacității de apreciere critică și de dirijare a voinței; starea de beție voluntară completă poate să constituie, într-o asemenea situație, o circumstanță atenuantă.

Tot astfel, s-a considerat că săvârșirea mai multor infracțiuni de către o persoană suferindă de encefalopatie cu potențial epileptogen, după ce a consumat o cantitate de alcool, nu înlătură răspunderea penală pentru faptele comise, starea de beție voluntară și completă putând constitui o circumstanță atenuantă, fie o circumstanță agravantă.

În practică s-a decis că pentru a se face aplicarea art. 48 CP român din 1969, era necesar să se constate existența unei incapacități psihice datorate alienației mintale ori altor cauze asemănătoare acesteia, proprii de a determina o asemenea incapacitate; cum prin expresia altei cauze se înțeleg tot maladii psihice, rezultă că starea de tulburare provocată de comportarea victimei, oricât de scandaloasă ar fi fost, nu poate conduce la aplicarea dispozițiilor legale privind iresponsabilitatea.

În practica judiciară se întâlnesc frecvent stări provocate cunoscute sub denumirea de inconștiente preordinate. Un exemplu poate fi dat de fapta casierului unei bănci care pentru a înlesni comiterea unor sustrageri acceptă mai dinainte să fie pus de ceilalți făptuitori în stare de inconștiență. Când starea de inconștiență se produce ca urmare a culpei făptuitorului, ca de exemplu în cazul operatorului de serviciu care adoarme în post și omite să intervină la timp în dirijarea procesului de tehnologie, cauzând importante pagube materiale, acesta va răspunde pentru fapta sa omisivă potrivit legii penale.

Iresponsabilitatea, atunci când este stabilită de organele judiciare, face sau denotă ca fapta să nu constituie infracțiune să nu se pună problema răspunderii penale a făptuitorului. În astfel de situații, acțiunea penală nu va putea fi pusă în acțiune, iar dacă a fost pusă în acțiune, nu va mai putea fi exercitată. Chiar dacă fapta a fost comisă de o persoană iresponsabilă, care a acționat fără vinovăție penală, nu este exclusă răspunderea civilă pentru prejudiciile materiale, cu excepția unor cazuri complexe, când există un concurs cu alte cauze care fac ca fapta să nu constituie infracțiune (legitima apărare, cazul fortuit și starea de necesitate). În caz de achitare a inculpatului acesta poate fi doar pentru faptul existenței unei boli psihice și este persoana apreciată drept iresponsabil, instanța este obligată să se pronunțe cu privire la constituirea de parte civilă. Făptuitorul sau persoanele care răspund de faptele acestuia va fi obligat la plata despăgubirilor civile. Având în vedere că iresponsabilitatea se referă la o persoană determinată, care suferă de boli psihice cu efect de anihilare, a discernământului sau se află în stare de inconștiență, este o cauză personală care nu

se poate obligatoriu răsfrânge anume și asupra celorlalți făptuitori. Dacă persoana iresponsabilă săvârșește fapta în calitate de autor, pentru ceilalți va exista o participație improprie. Față de o persoană aflată în stare de iresponsabilitate nu se pot aplica pedepse, deoarece nu răspunde în punct de vedere penal, în schimb - se pot lua măsuri de siguranță prevăzute de legea penală.

Dacă presupunem că în situația în care făptuitorul s-a aflat în stare de inconștiență în clipa sau momentul comiterii faptei, dar nu sunt întrunite condițiile legale pentru existența iresponsabilității, fapta constituie infracțiune. Este vorba de acțiunile și inacțiunile efectuate în mod liber, în cunoștință de cauză (*actiones liberae in causa*), pe care făptuitorul și le-a reprezentat înainte de săvârșirea faptei prevăzute de legea penală. Răspunderea civilă operează în toate cazurile de iresponsabilitate, fie pentru persoana lipsită de capacitatea psihică, fie față de persoanele care aveau în pază să supravegheze pe făptuitorul iresponsabil. Desigur se va stabili dacă există vreo culpă din partea acestor persoane pentru a opera răspunderea civilă. Fapta (infracțiunea) chiar incriminată și prevăzută de legea penală săvârșită în situația de iresponsabilitate trebuie constatată de organele judiciare în procesul penal. Instanțele de judecată și organele de urmărire penală după caz sunt obligate să dispună efectuarea unei expertize medico-legale cu privire la aprecierea la starea psihică a învinutului sau inculpatului ori de câte ori există dubii sau îndoieli asupra normalității acestuia. Expertiza în aceste cazuri se efectuează în instituții sanitare de specialitate și trebuie să constate dacă făptuitorul, în momentul săvârșirii faptei prevăzute de legea penală, a avut capacitatea psihică de a înțelege acțiunile sau inacțiunile sale, ori de a putea fi stăpân pe ele. În practică, uneori, se strecoară erori în modul de formulare a întrebărilor de către organul de urmărire penală sau instanța de judecată, însoțite de concluzii asemănătoare din partea specialiștilor care efectuează expertiza psihiatrică. Astfel, în mod greșit se pune întrebarea dacă învinutul sau inculpatul răspunde din punct de vedere penal în raport cu bolile psihice de care suferă. Stabilirea răspunderii penale este un atribut exclusiv al organului judiciar, bazat pe ansamblul probelor administrate, inclusiv expertiza medico-legală psihiatrică. Pentru aceste considerente pe baza dispozițiilor legale în vigoare, care reglementează procedura și condițiile de efectuare a expertizei psihiatrice, a practicii judiciare în materie și a literaturii de specialitate se poate conchide că întrebările puse de organul judiciar trebuie să se refere la următoarele aspecte:

- 1) orientarea psihică și temporo-spațială a subiectului;
- 2) obiectiv vorbind, se evidențiază prezența unei maladii psihice pe baza explorărilor funcționale, care este de natură să afecteze capacitatea persoanei de a discerne sau aptitudinea de a se stăpâni;
- 3) boala psihică prezentă, în ce măsură afectează discernământul subiectului; dacă în raport cu împrejurările concrete ale săvârșirii faptei și de vârsta făptuitorului există temeieri care să conducă la concluzia că în momentul săvârșirii acesteia a acționat cu sau fără discernământ sau cu discernământ diminuat;
- 4) ce măsuri cu caracter medical se impun în acest scop.

Odată cu constatarea stării de iresponsabilitate, organul de urmărire penală, prin ordonanță, va proceda la încetarea urmăririi penale în temeiul art. 285 CPP al RM alin. 2 p. 3) unde se

menționează: persoana a săvârșit o faptă social periculoasă fiind în stare de iresponsabilitate și nu este necesară aplicarea măsurilor de constrângere dacă respectiv în cazurile când natura faptei sale și starea sa psihică, adică a celui care a săvârșit-o rezultă că nu prezintă pericol pentru societate respectiva persoană în temeiul art. 495 CPP al RM terminarea urmăririi penale.

În caz că incapacitatea psihică survine după săvârșirea infracțiunii, în funcție de faza în care se găsește procesul penal, se dispune suspendarea urmăririi penale. Procurorul se pronunță asupra suspendării prin ordonanță. Suspendarea judecătii se dispune de instanță pe al cărei rol se află. În mod similar instanța poate dispune amânarea ori întreruperea executării pedepsei. Evident, măsurile de siguranță se pot lua și față de infractorii care au pierdut capacitatea psihică după săvârșirea faptei sau care datorită bolilor psihice de care suferă au discernământul diminuat. Respectiv art. 499 CPP al RM, sentința de aplicare a unor măsuri de constrângere cu caracter medical în care se menționează la alin.1. că: Dacă s-a dovedit faptul că individul în cauză a săvârșit o faptă prevăzută de legea penală, social periculoasă și prejudiciabilă, într-o stare de iresponsabilitate sau dacă respectiva persoană, după ce a săvârșit infracțiunea, dacă s-a îmbolnăvit de o boală psihică cronică, datorită căreia nu-și poate dirija acțiunile sale, sau nu își dă seama de ele atunci instanța de judecată adoptă, în conformitate cu art.23 din Codul penal, fie, de liberare de pedeapsă sau fie o sentință de absolvire a acestei persoane de răspundere penală, după caz, și de aplicare față de aceasta a unor măsuri de constrângere cu caracter medical. După caz indicându-se, care anume din ele trebuie aplicată. Fie deja o sentință de încetare a procesului și de neaplicare a unor astfel de măsuri.

Când persoana nu prezintă pericol pentru societate prin natura caracterului faptei sale săvârșite ori sănătății sale, și respectiv nu mai are nevoie de un anume tratament forțat. În astfel de situații, instanța va anunța organele de ocrotire a sănătății despre bolnavul respectiv.

2.5.Analiza unor reglementări internaționale în materia iresponsabilității penale

Ca un prim element al vinovăției penale, responsabilitatea, după cum știm, denotă, așadar, aptitudinea respectivului subiect de a adopta o activitate sau conduită care conformează cu exigențele respectivei ordini juridice, cu alte cuvinte, aptitudinea sau capacitatea de a înțelege, respectiv, semnificația antijuridică a faptei sale și de a-și conduce sau de a conduce sau dirija conduita.

Deci, existența la rândul său a responsabilității ar denota un anumit grad deja de maturizare socială a individului, dar și o stare bio-psihică de natură a i se permite persoanei și individului, trebuie să cunoască importanța sau semnificația actului său și să-și conducă sau să dirijeze într-un anumit mod conduita sa.

Încă dinainte vreme, bolnavii psihici erau considerați de către societatea ca fiind o amenințare permanentă pentru cei din jur. În condiții de reclusiune, în astfel de cazuri, aceștia pot să-și petreacă un timp mai scurt sau mai lung, în mod obligatoriu, la tratamentul indicat care, de fapt, le-ar preveni și limita frecvența hetero și auto agresiunilor.

Bolnavii psihici ca și pacienții au același drepturi la o relație medic-pacient ca și ceilalți bolnavi inclusiv au dreptul cu un caracter privat. Multe state, inclusiv RM în condițiile în care se

conturează o sursă de pericol în societate, solicită depășirea caracterului privat al relației din partea inculpatului, în special, sau pentru o altă persoană.

Izvoarele internaționale după cum știm analizează situația medical juridică a persoanei bolnave psihic care după cum știm sunt în totalitate preocupate de problematica consimțământului bolnavului (acest tratament respectiv participarea la experimentele medicale, actele de dispoziție, inclusiv și problematica sterilizării) și după cum se știe bine aceste măsuri de siguranță care au un caracter pre- și postinfracțional [67, p. 59].

După cum știm, principiile etice generale care fundamentează relația medic-pacient bolnav psihic se regăsesc în cadrul declarației Asociației Medicale Mondiale (AMM) publicate în cadrul celei de-a 47-a Adunări Generale (Bali, Indonezia, 1995). În cadrul acestei adunări, AMM care a propus un cod, alcătuit din câteva principii generale [16, p. 59]:

a. La eliminarea discriminărilor medicale a bolnavilor psihici și sociale;

- Așadar, executarea unei relații terapeutice care se bazează pe o încredere între pacient ca bolnav psihic și medic, aceasta realizată prin informare obligatorie completă și concretă a pacientului, respectiv referitor la riscurile care rezultă din acest tratament;

- Acest tratament care se poate realiza fără consimțământul pacientului, dar și precum și internarea obligatorie vor fi considerate conduite de excepție și vor fi aplicate numai în etape acută ale bolilor, când starea pacienților și reprezintă un pericol pentru ei sau pentru societate;

b. Acest tratament și spitalizare vor fi impuse în mod obligatoriu pentru perioade obligatorii;

c. Astfel că nu fiecare bolnav psihic va fi în mod neapărat apreciat în mod automat ca și iresponsabil pentru faptele sale;

d. Respectiv, terapia psihiatrică va fi individualizată, concordantă cu starea și diagnosticul;

- Confidențialitatea și păstrarea secretului medical vor fi garantate, iar date semnificative vor putea fi dezvăluite numai în caz de pericol și numai către autoritățile abilitate;

- La rândul său medicul psihiatru va fi loial pacientului, iar în caz de conflict (apărător al valorilor sociale numit de societate) se va informa pacientul în legătură cu natură conflictul său;

- Medicul nu va profita de poziția sa pentru a abuza fizic, sexual sau psihic de pacienții săi;

- Medicul așadar nu va putea permite unei persoane sau unui grup să influențeze tratamentul sau deciziile sale medicale.

După cum se știe bine că deciziile AMM au un caracter de recomandare deontologică, care participă în toate statele la această organizație medicală [16].

Se cunoaște că Adunarea Parlamentară, în 1977, Consiliului Europei a adoptat Recomandarea 818/1977 referitoare la situația bolnavilor psihic. Recomandarea menționa necesitatea unei mai bune protecții legale a bolnavilor psihic, plecând de la un caz celebru (Winterwerp [75, pp. 59-85], judecat la CtEDO) [52, pp. 59-85.]. Comitetul de Miniștri al Consiliului Europei în anul 1983 a adoptat de altfel și recomandarea R(83)2 privind protejarea bolnavului psihic [17]. Totodată, Adunarea Parlamentară a adoptat în unanimitate și Recomandarea 1235 (1994) în anul 1994, al Consiliului Europei privind psihiatria și drepturile omului.

Totodată ulterior în anul 1983 la rândul său Comitetul de Miniștri al Consiliului Europei a adoptat o altă Recomandare R(83)2 și anume cea privind protecția bolnavului psihic [18].

Recomandarea 1235 (1994) privind psihiatria și drepturile omului a fost deja adoptată în unanimitate de către Adunarea Parlamentară al Consiliului Europei [19].

Toate aceste recomandări legale în ansamblu, [77, pp. 420-424] au la bază documentul CEDO [54, pp. 420-424]. În plus, prin anumite recomandări actuale (neadoptate) ale Comitetului de Experți ai CE care și invocă faptul că o anumită specifică mai ales în privința tratamentului în mod obligatoriu mai ales în caz de boală psihică (neutilizarea măsurilor de constrângere fizică decât ca ultimă măsură de protecție a pacientului și numai în avantajul pacienților, aplicarea tratamentelor gradual [Tulburărilor mentale conform după Clasificarea ICD-10 de comportament. Simptomatologie de Diagnostic clinic. OMS, Editura All Educațional [15, p.419].

Analizând la modul general bolnavul psihic, și dacă ne referim la pericolul pe care îl prezintă pentru societate și a unei bune orientări la necesitatea asupra acestuia a expertizelor medico-legale psihiatrice, putem sublinia, cu specific infrațional, următoarele aspecte:

1) un potențial mare infractogen, care se explică prin trăsăturile de caracter ce se expune în diversele tulburări de comportament și care conturează personalitatea deosebită a acestor indivizi; lipsa de corelație între orientarea caracterului și pornirile temperamentale, de maturare a afectivității și voințe, insuficiența inhibiției interne – stau la baza acestor trăsături;

2) comportamentul social periculos polivalent, care este legat de instabilitatea, neadaptabilitatea permanentă ce caracterizează personalitatea patologică deosebită a acestor indivizi;

3) spontanietatea, actele antisociale fiind săvârșite, în cea mai mare parte a cazurilor, fără o pregătire deosebită, fără o asigurare pentru „reușita” lor;

4) comiterea unor acte de o deosebită pericolozitate, legată de dezinhibirea și prevenirea instructiv-evoluțională, răutatea și agresivitatea;

5) îmbinarea dintre această dizarmonie a personalității cu narcomania sau beția.

În aprecierea evoluției bolnavului psihic, se poate constata sau decela un cumul medico-legale de tendințe specifice deficitul sentimentului moral-sociale sau tendința de a face rău;

- în fața unor pericole personalitatea are tendință de bravare, tendință care se caracterizează perioada postinfracțională pentru a-și scoate în evidență, tendință care scoate în evidență personalitatea;

6) simularea sau la etapa postinfracționale este tendința de simulare;

- îndărătnicia, neadaptabilitatea, întreținută de condiții favorabile de mediu în care au apărut actele antisociale, uneori consecințele relaxării supravegherii, înăsprirea acesteia în cadrul măsurilor represive explică recidivismul;

7) malignitatea activității infracționale.

După cum s-a menționat mai înainte, deducem pericolozitatea socială deosebită pe care infractorul denotă sau o prezintă tulburări psihice, acest fapt scoate în evidență încă odată în plus necesitatea existenței și rolul deosebit pe care îl joacă în depistarea psihopaților, precum și existență în legislația statului a măsurilor de siguranță cu caracter medical.

Statutul Tribunalului Militar Internațional de la Nürnberg pentru crimele aflate sub jurisdicția sa nu a admis nicio apărare fondată pe cauze care ar exclude caracterul infracțional al faptei: fapte justificative, după unele sisteme de drept sau apărări, după altele. Convențiile internaționale ulterioare, de asemenea au exclus apărările cu efect exonerator de răspundere. Statutul Curții Penale Internaționale dă semnificație juridică stărilor, împrejurărilor, situațiilor, a căror existență în timpul săvârșirii faptei face imposibilă realizarea uneia dintre trăsăturile esențiale ale infracțiunii (ducând la inexistența acesteia) în partea a III-a, intitulată „Principiile generale ale dreptului penal” (art. 31-33), fără a fi exhaustive.

Cauzele exoneratoare de răspundere sunt sistematizate astfel:

- art. 31 din Statut, intitulat „Cauze care înlătură caracterului penal al faptei”, include alienația mintală, intoxicația, legitima apărare;
- art. 32 din Statut vizează eroarea de drept și eroarea de fapt;
- art. 33 reglementează ordinele superiorilor și prescripția legii.

Aceste cauze, deși în realitate sunt cauze care exclud caracterul penal al faptei (având în vedere consecința imediată a incidenței lor) reprezintă și cauze de înlăturare a răspunderii penale.

Potrivit art. 31 lit. a), o persoană nu este responsabilă penal dacă în momentul săvârșirii infracțiunii „*suferă de o boală mintală sau deficiență care îi distruge capacitatea de a aprecia caracterul ilicit sau natura faptelor sale ori de a fi stăpân pe ele, potrivit exigențelor de lege*”.

Statutul Curții Penale Internaționale dă semnificație juridică stărilor, împrejurărilor, situațiilor a căror existență în timpul săvârșirii faptei face imposibilă realizarea uneia dintre trăsăturile esențiale ale infracțiunii (ducând la inexistența acesteia) în partea a III-a, intitulată „Principiile ...”, în articolele 31-33, fără a fi exhaustive. Cauzele exoneratoare de răspundere sunt sistematizate astfel: articolul 31 din Statut, intitulat „Cauze care înlătură a caracterul penal al faptei infracționale”, include alienația mintală, intoxicația, legitima apărare; articolul 32 din Statut vizează eroarea de drept și eroarea de fapt; articolul 33 reglementează ordinele superiorilor și prescripția legii.

Aceste cauze, deși în realitate sunt cauze care exclud caracterul penal al faptei (având în vedere consecința imediată a incidenței lor), reprezintă și cauze de înlăturare a răspunderii penale.

Potrivit articolului 31 lit. a, o persoană nu este responsabilă penal dacă în momentul săvârșirii infracțiunii „*suferea de fapt de o boală mintală sau de o deficiență care îi distruge sau alterează capacitatea de a aprecia caracterul și natura ilicită sau în genere natura faptelor sale ori de a putea fi stăpân pe ele, potrivit cerințelor și exigențelor legii*”.

Așadar, iresponsabilitatea este reglementată ca o stare de incapacitate psihică, din a cărei cauze persoana, din punct de vedere intelectual, nu își poate da seama caracterul și de sensul și de valoarea acțiunilor sale pe care le săvârșește ori, sub aspect, ori din punct de vedere volitiv, nu poate să își dirijeze voința în raport cu acțiunile pe care le îndeplinește, și aceasta în raport și în mod corespunzător cu cerințele legii [69].

Potrivit art. 31 lit. a în Statutul Curții Penale Internaționale (Doc. A/CONF/183/9, Roma, iulie 1998), o persoană nu este responsabilă penal dacă în momentul săvârșirii infracțiunii *suferea de o boală mintală sau deficiență care îi distruge capacitatea de a aprecia caracterul ilicit sau natura*

faptelor sale ori de a fi stăpân pe ele, potrivit exigențelor legii. Iresponsabilitatea este reglementată ca o stare de incapacitate psihică, datorită căreia persoana, sub aspect intelectual, nu-și poate da seama de sensul și valoarea acțiunilor pe care le săvârșește pe care din punct de vedere volitiv nu și le poate dirija în raport cu propria sa faptă îndeplinește, corespunzător cu cerințele legii. Potrivit Statutului Curții Penale Internaționale, pentru ca iresponsabilitatea să înlăture răspunderea penală, se cer întrunite următoarele condiții:

- starea de incapacitate psihică trebuie să existe, și din cauza acesteia făptuitorul să nu poată la rândul său aprecia caracterul ilicit sau natura faptelor sale sau să nu le poată stăpâni, potrivit exigențelor legii, adică acea stare din cauza căreia persoana nu poate aprecia caracterul ilicit sau natura faptelor sale (lipsa elementului intelectual) sau nu poate stăpâni și dirija acțiunile sale potrivit exigențelor legii (lipsa elementului volitiv);

- incapacitatea să fi existat în momentul săvârșirii faptei, adică în momentul comiterii infracțiunii reglementate de Statut;

- starea de incapacitate să se datoreze unei boli mintale sau deficiențe, adică unei stări anormale de incapacitate psihică, din cauza căreia este pus în imposibilitate de a-și da seama de acțiunile sale, de aspectul ilicității lor și de natura infracțiunilor săvârșite ori de a le putea stăpâni;

- făptuitorul să fi săvârșit o infracțiune dintre cele reglementate sub jurisdicția Curții (crimă de genocid, împotriva umanității, de război, agresiune potrivit articolului 5 din Statut).

Statutul Curții Penale Internaționale, în art. 31 lit. b), se referă la excluderea răspunderii penale a persoanei care, în momentul săvârșirii infracțiunii „*era sau a fost într-o stare de intoxicație care i-a distrus capacitatea de a aprecia caracterul ilicit sau natura faptelor sale ori de a fi stăpân pe ele potrivit cerințelor legii, fără ca persoana să fi ajuns astfel, în mod voluntar, în condițiile în care nu știa sau nu a luat în considerare riscul angajării sale ca rezultat al stării de intoxicație, în comiterea unui fapt ce constituie o crimă în jurisdicția Curții*” [20].

Intoxicația ca stare este una anormală în care se găsește o persoană din cauza intoxicației cu substanțe excitante sau narcotice, care au ca efect paralizarea energiei fizice și tulburarea facultăților psihice. Forma de intoxicație, care constituie o cauză de înlăturare a răspunderii penale, este intoxicația accidentală cu totul neprevăzută de autorul faptei și absolut independentă de voința sa și completă. Pentru a primi semnificație juridică conform art. 31 lit. b), trebuie să fie îndeplinite cumulativ următoarele condiții:

- persoana trebuie să se afle, în momentul săvârșirii infracțiunii, în stare de intoxicație, deoarece în acel moment persoana nu trebuie să aibă reprezentarea caracterului ilicit ori natura faptelor sale și puterea de a le dirija potrivit cerințelor legii;

- starea de intoxicație să fi fost accidentală și completă; aceasta rezultă din cerința textului care exclude situația în care persoana a ajuns în această stare în mod voluntar, prevăzând sau trebuind să prevadă riscul comiterii unei infracțiuni internaționale în această stare. în consecință, persoana a ajuns într-o stare independent de voința sa, fără să fi avut posibilitatea de a prevedea o asemenea situație, iar intoxicația să fi fost completă, lipsind persoana de capacitatea de a înțelege și de a-și dirija voința;

- fapta săvârșită să fi fost o crimă în jurisdicția Curții.

Art. 32 din Statut reglementează eroarea de fapt și eroarea de drept astfel:

- eroarea de fapt constituie cauză de excludere a răspunderii penale numai în situația inexistenței elementului mental;

- eroarea de drept - ca tip particular de comportament ce constituie o crimă în jurisdicția Curții, nu constituie cauză de excluderea răspunderii penale; eroarea de drept poate constitui, totuși, un temei pentru excluderea răspunderii penale, dacă nu există elementul mental, așa cum este prevăzut în art. 33.

Acest ultim fapt ar presupune că, potrivit par. 1, în situația în care făptuitorul nu cunoaște sau cunoaște greșit acțiunea sau inacțiunea pe care o efectuează, cât și prezența unei circumstanțe, el implicit nu are prevederea a ceea ce va urma, deci, datorită erorii de fapt cu privire la aceasta, îi va lipsi intenția și, ca atare, vinovăția. Fiind în eroare asupra acțiunii și a condițiilor de săvârșire a acesteia, eroare esențială exclude vinovăția făptuitorului și, deci, răspunderea penală. Conform paragrafului 2, eroarea de drept – ca un tip particular de comportament care constituie o crimă în conformitatea cu jurisdicția Curții, care la rândul său nu constituie o cauză de exonerare sau excludere a răspunderii penale. Eroarea de drept la rândul său va constitui drept un temei pentru excluderea răspunderii penale, dacă nu există un element mental, după cum se prevede în art. 33 din Statut, referitor la ordinele superiorilor și prescripțiile legii.

2.6. Concluzii la Capitolul 2

- Neagațiune juridică a caracterului penal și funcționează ca o condiție negativă în situația cauzelor care înlătură caracterul penal al faptei, constau în excluderea existenței însăși caracterului penal al faptei.

- Neîndeplinirea condiției negative, ca urmare a existenței vre-uneia dintre cauzele care înlătură caracterul penal al faptei, conduce la inexistența uneia sau alteia dintre trăsăturile esențiale ale infracțiunii și, pe cale de consecință, exclude însăși existența infracțiunii ca unic temei al răspunderii penale.

- Desprinderea cauzelor justificative de cele neimputabile se face uneori pe cale legală ori de către jurisprudență, relevându-se că unele cauze au efecte „in rem”, ceea ce le conferă caracter de fapte justificative, iar altele care au efecte „in personam”, fiind socotite cauze de nevinovăție. Acestea, în prezența cărora o faptă conform normei de incriminare, încetează să mai fie sau să constituie în contradicție cu întreaga ordine de drept, devenind la rândul său una permisivă.

- Responsabilitatea este starea de normalitate a unei persoane. Responsabilitatea psihică este o condiție pentru existența răspunderii penale, subiectului infracțiunii persoană fizică și în egală măsură o condiție pentru existența vinovăției. Unde nu există responsabilitate psihică, nu există vinovăție, iar unde nu există vinovăție, nu există infracțiune. Ca efect, unde nu există infracțiune, nu există răspundere penală.

- Legislația penală română și cea a RM, prin structura sa, prin terminologia utilizată, trebuie să formuleze mai clar dispozițiile legale, încercând să răspundă cât mai fidel cerințelor art. 7 CEDO, și anume accesibilității și previzibilității legii.

- Răspunderea constă în obligația de a suporta sancțiunea regulii de drept pentru un fapt imputabil, ea are un caracter reparator și educativ. Ca finalitate, instituția răspunderii vizează în mod direct conservarea sistemului social, în timp ce oamenii își dezvoltă sentimentul

responsabilității, prin activitatea lor zi de zi, își exercită drepturile și își îndeplinesc obligațiile, în așa mod contribuind la realizarea dreptului, la ameliorarea și dezvoltarea sistemului social, la restabilirea armoniei sociale și la perfecționarea ființei umane.

- Caracterul educativ este menit de a trezi sentimentul responsabilității care s-a creat în jurul valorii de „dreptate”, de a stimula activitatea desfășurată de individ din propria inițiativă, pe baza alegerii libere a obiectivelor din mai multe posibile, a atitudinilor individului în raport cu valorile exprimate de sistemul normativ.

- Responsabilitatea este o categorie de sine stătătoare în dreptul penal, și nu este o reflectare a iresponsabilității, ea având semnele ei concrete și servind ca cerință a survenirii răspunderii penale a subiectului activ pentru săvârșirea infracțiunii.

- Responsabilitatea *redușă* este o stare limitrofă între responsabilitate și iresponsabilitate, diminuând răspunderea pentru cele comise. Responsabilitatea redusă are la bază dereglări de natură psihică, care după cum s-a arătat nu exclude starea de responsabilitate, dar care, aici spre deosebire de iresponsabilitate, nu există stări sau boli maladive.

- Noțiunea de iresponsabilitate provine după cum se știe de la latinescul *inrespondere* ce înseamnă a nu răspunde. Starea de iresponsabilitate, este starea când persoana nu putea să-și dea seama de inacțiunile ori acțiunile datorită unei boli psihice cronice pe care o are, adică ale sale, fie nu putea să le dirijeze, din cauza unei stări patologice sau a unei tulburări psihice temporare. Iresponsabilitatea și criteriile ei sunt constatate și descrise de normele dreptului penal, și aceasta ne servește ca temei pentru eliberarea persoanei, care a comis o faptă prejudiciabilă sau una social periculoasă, de la răspundere penală ce i s-ar conveni în caz contrar.

- Starea de iresponsabilitate este așadar starea persoanei care nu-și poate da seama de caracterul, respectiv, sensul și valoarea socială, totodată morală și juridică a faptelor pe care acesta le săvârșește datorită incapacității sale psiho-fizice, și respectiv a urmărilor acestora (incapacitatea psihofizică) sau care nu-și poate controla, determina, dirija și dirigu în mod normal voința, în raport cu propriile sale fapte. Care, respectiv, în momentul săvârșii acțiunii socialmente periculoase sau prejudiciabile, incriminate de legea penală, în culmea stării psihologice provocate de o boală cronică mintală, mai concret tulburare temporară a activității sale psihice, a oligofreniei sau altei stări patologice, acesta la rândul acesta, nu putea să-și dea seama de acțiunile sale sau să conducă cu ele.

- Starea de iresponsabilitate persoanei se va aprecia la momentul săvârșirii infracțiunii. Recunoașterea persoanei drept iresponsabilă este un factor juridic și numai instanța de judecată poate recunoaște persoana iresponsabilă. Și, iresponsabilitatea are la bază două criterii: *medical* care se caracterizează prin prezența unei boli psihice cronice a unor tulburări psihice temporare sau a unei alte stări cu modificări psihice concomitente sau consecutive; *juridic* - care se caracterizează prin absența/lipsa capacității de a fi *conștient* de acțiunile săvârșite și de a le *stăpâni*.

- Iresponsabilitatea constituie așadar, o cauză care înlătură caracterul penal al faptei și nu trebuie să fie confundate cu alte cauze sau stări de liberare de răspundere penală, cu liberarea de pedeapsa penală și de înlăturare a răspunderii penale sau consecințele condamnării, chiar dacă unele stări afective sau emotive sunt de natură doar a atenua răspunderea penală.

3. LIMITELE INTERNE ȘI POSIBILITĂȚI DE APRECIERE A IRESPONSABILITĂȚII PENALE

3.1. Iresponsabilitatea persoanei aflate în stare de afect

Una dintre cele mai complicate este problema afectului nu doar în știința dreptului penal, dar și în psihologie, psihofiziologie, pedagogie etc. Este imposibil a întemeia răspunderea penală, limitele unei astfel de răspunderi este de a determina dacă ea nu este anticipată de argumentarea psihologică, menționează C. Barbacar [33, p. 53].

Noțiunea de afect provine de la latinescul *afectus*, care are sensul de emoție sufletească, grozăvie, iar Dicționarul explicativ al Limbii Române oferă următoarea definiție a noțiunii de afect: *reacție emoțională cu o desfășurare puternică și relativ de scurtă durată*.

Starea de afect este însoțită de *schimburi organice* - oboseală neliniște, dorință sexuală, anxietate, îmbolnăviri neurogene etc.

Caracteristicile explozie afective:

- agresivitatea oarbă și *furie până la abandonul de sine*;
- starea de groază, anxietate, disperare;
- *îngustare a câmpului de conștiință*; percepție și conștientizare eronate, fixate asupra cauzei care a provocat tensiune nervoasă, diminuarea sau chiar lipsa unor senzații;
- regresivitatea spre conduite inferioare, apropiate de instinct reorganizate cultural;
- comportamentul neadecvat;
- accesele nestăpânite de râs sau de plâns, fapte necugetate, în contrast cu modul obișnuit de comportament;
- dezorganizările motorii: vorbire afectată, mișcări iuți nestăpânite, necontrolate, expresii și gestică vie, forță mărită; modificări organice vii, dezorganizatoare.

Sub imperiul afectului fiziologic omul poate săvârși fapte necugetate, crime cu caracter grav.

După explozia afectivă apare o *stare de istovire*, provocată de un consum mare de energie - astenie psihică și fizică, trăiri grele, oboseală, milă, compasiune față de victimă.

În cele mai frecvente cazuri persoana care a suportat o asemenea stare comunică ea însăși crima săvârșită organelor respective, *rămâne în așteptare*, uneori, însă, poate evada, dar nu depune efort în a se ascunde, a lichida urmele crimei, *rătăcește fără a-și da seama de aspectul său exterior* și de acțiunile sale. Deseori afectul provoacă o *stare de amnezie* - uitare a acțiunilor comise în momentul exploziei afective.

În cadrul expertizei psihologic-judiciare afectul fiziologic este cercetat pentru a identifica *posibilitățile de conștientizare și de dirijare a acțiunilor* de către subiect în timpul comiterii infracțiunii.

Afectul fiziologic este o *condiție atenuată*, comportamentul învinuitului fiind determinat de *trăiri puternice*, iar uneori generează *iresponsabilitatea totală* față de conduitele personale. În această activitate apare câteva probleme: stabilite caracterului afectului - fiziologic sau patologic, diferențierea

lui de unele manifestări patologice ale psihicului, de manifestări emotive de alte configurații, care nu contribuie la dereglări de conduită de atare dimensiuni precum afectul. Aceste probleme pot fi rezolvate prin investigația și aprecierea situației care a generat afectul, a calităților psihologice individuale ale subiectului, a manifestărilor psihofiziologice în momentul cercetat, a comportamentului post-afectiv.

Starea de afect și forța emoțiilor poate fi calculată după formula următoare: $E = V(I_n - I_p)$, unde E este forța emoțiilor, V-valoarea, trebuința, necesitatea care a determinat-o, I_n - informația pe care trebuie să-o poseze subiectul pentru a-și rezolva conflictul, informația pe care el o posedă. Cu cât mai mare este valoarea obiectului care a provocat conflictul (V) și cu cât mai mică cunoașterea unor soluții de rezolvare a lui (I_p), cu cât mai grave sunt circumstanțele care au generat afectul.

Ponderea valorii (V) este stabilită în conformitate cu locul ei în ierarhia necesităților, trebuințelor, motivelor individuale. Valori cu ponderea sporită sunt sănătatea și bunăstarea personală și a celor mai apropiați oameni (a copiilor, soțului, soției, părinților etc.), onoarea, respectul, autoritatea, evaluarea socială etc., comportamentul agresiv, negativ al unei persoane sau circumstanțele nefavorabile în raport cu aceste valori pot condiționa o stare emotivă tensionată.

Forța poate fi determinată și de calitățile individului. Mai expuși emoțiilor sunt indivizii cu anumite accentuări de caracter (tipul hipertermic, epileptoidal, schizotimic), cu rigiditate a proceselor cognitive, cu capacitatea de dezechilibru al SNC (colericii, melancolicii) etc. [Vezi **Anexa 2. Formulă de calcul a forței emoțiilor și schema funcționale a stărilor afective, Anexa 2.1. Formulă de calcul a forței emoțiilor**].

S-a constatat experimental că persoanele care au săvârșit infracțiuni în stare de afect sunt, mai frecvent, **orientate social pozitiv**, având un compartiment corect, au trecut **favorabil prin procesul de socializare**, înglobând modelele și normele sociale, străduindu-se să le respecte, manifestând uneori cerințe chiar mult ridicate față de sine și alții în raport cu organizarea conduitelor. Foarte frecvent aceste persoane **suferă de unele psihoze**, sub manifestare.

Alți factori determinați ai afectului:

- vârsta: infracțiuni în stare de afect săvârșesc mai mult persoanele tinere - până la 40 ani (85,3%) dintre care predomină cei care au de la 20 la 29 ani (70,6%);
- apartenența sexuală: femei - 25,5%, bărbați - 74,5;
- stări individuale temporale: îmbolnăviri somatice, suprasolicitare, psihică sau fizică, insomnie, astenie psihică, graviditate etc.

Autorul rus V. Vasilev relatează și unele particularități ale activității persoanelor ce realizează ancheta în scopul facilitării cercetării afectului fiziologic.

Deoarece calificarea stării emoționale depinde considerabil nu numai de experiența psihologului-expert, ci și de volumul de informație referitor la personalitatea și comportamentul subiectului infracțiunii din dosarul penal, cercetătorul recomandă colectarea acesteia în cadrul anchetării victimei, martorilor, învinuitului.

Victima, martorii urmează să indice date despre aspectul exterior al învinuitului (culoarea feței, privirea, calitatea locomotorii și verbomotorii), compartimentul lui până, în timpul și după

infracțiune, particularitățile relațiilor infractor-victimă.

Învinuitul urmează să comunice informația despre starea sa **somatică** (îmbolnăviri, astenie, insomnie etc.), caracterul relațiilor cu victima, sursa și particularitățile conflictului.

La dosar se anexează documente care îl caracterizează pe învinuit (referințe ale membrilor familiei, vecinilor, de la locul de muncă).

De competența expertului-psiholog țin următoarele probleme, legate de cercetarea afectului:

- aprecierea circumstanțelor ce au provocat infracțiunea, a caracterului relațiilor interpersonale dintre învinuit și victima în perioada de până la comiterea infracțiunii, dinamica acestor raporturi, cauza conflictului, dezvoltarea lui;
- cercetarea personalității infractorului - a particularităților individual - psihologice, social-comunicative, a manifestării lor în momentele cu pondere pentru anchetă;
- analiza fenomenologiei infracțiunii,
- stabilirea trăsăturilor de personalitate, care au putut contribui la acumularea de energie psihonervoasă și la explozia efectivă;
- stabilirea tipului afectului, diferențierea lui de alte stări emotive sau de reacții afective;
- diagnosticarea prealabilă a unor patologii, devieri și serviciul specializat al psihiatrului, neuropatologului etc.

Aceste probleme trebuie să fie reflectate și în ordonarea de dispunere de EPJ.

Legiuitorul deși nu indică în mod expres tipurile afectului, însă în psihologie în același timp se consideră că el se manifestă sub câteva tipuri. Cele mai răspândite sunt furia, ura, groaza, frica (și forma ei mai intensificată - coșmarul, disprețul). Totodată, în psihiatrie este propusă o altă divizare:

- **afecte stenice** (furia, bucuria);
- **afecte astenice** (frica, tristețea, neliniștea, agitația, confuzia).

Așadar, apariția mecanismelor fiziologice, unui sau altui tip de afect este într-un coraport cu caracterul persoanei, precum și de o complexitate de alți factori externi și interni. Astfel, pentru o corectă apreciere a activităților de săvârșire în stare de afect, e necesară stabilirea în mod minuțios a tipului de afect, motivul, cauzele lui, forma de vinovăție etc.

Apariția noțiunii de afect fiziologic se datorează nu dreptului, și nu psihologiei, ci psihiatriei judiciare. El apare astfel ca alternativă a noțiunii de afect patologic, care reprezintă, după cum subliniază autorul F. Safunov, *o dereglare a activității psihice temporară și care se descrie prin prezența nu doar a mecanismelor biochimice, psihologice, dar și a celor fiziologice* [249, p. 4].

Particularitățile de bază ale afectului sunt:

- activități la nivelul de conștient și afect se petrec și au loc, și poartă un caracter volițional, tinzând spre a deveni violente;
- se îngustează totuși sfera conștientului și este micșorat controlul conștient - volițional;
- respectiv perceperea realității obiective în starea de afect este diminuată, reacția afectivă neavând un caracter adecvat;

Reacția la factorii externi provocatori are un caracter personal (această caracteristică, numită și „afecționare”, este determinată de nivelul și caracterul schimbării sentimentelor și dispoziției sub influența excitanților externi; gradul de afectivitate corespunde temperamentului și caracterului persoanei).

Afectul fiziologic trebuie să fie deosebit de așa-numitul afect patologic, care se caracterizează printr-o dereglare psihică temporară. În cazul afectului patologic are loc obnubilarea intensă și persoana pierde capacitatea să-și dea seama de acțiunile sale și să le dirijeze. Persoana în cazul dat este considerată iresponsabilă [248, p. 4].

Deci, afectul patologic este o stare bolnăvicioasă de origine psihogenă, care apare la persoane practic sănătoase. Afectul patologic este înțeles de psihiatri ca fiind o reacție emoțională drept răspuns la acțiunea psihotraumatică. În context, are loc tulburarea conștiinței după tipul unei stări de afect crepuscular [259, p. 348].

La diferențierea diagnosticului afectelor patologic și fiziologic este necesar de avut în vedere, că acestea sunt niște stări diferite, cu toate că au un cumul de trăsături caracteristice comune. La elementele comune ale afectelor fiziologic și patologic se atribuie: apariția subită; reacția emoțională; decurgerea explozivă; debutul brusc; descărcarea emoțională puternică; extenuarea psihică și fizică; amnezia parțială.

Criteriul de bază al deosebirii dintre afectele fiziologic și patologic servește constatarea simptomului psihogen al stării crepusculare la afectul patologic, dar nu a stării psihotice a conștiinței la afectul fiziologic. Aprecierea psihiatrică a afectelor patologic și fiziologic este diferită. La comiterea infracțiunii în stare de afect, iresponsabilitatea se constată numai în cazul existenței semnelor afectului patologic în momentul comiterii faptei socialmente periculoase. Starea respectivă cade sub incidența dereglării psihice temporare a criteriului medical al iresponsabilității, fapt care exclude posibilitatea acestei persoane în timpul comiterii infracțiunii la care persoana este în stare de a-și da seama de caracterul socialmente periculos al faptei infracționale.

Emoțiile sunt și ele niște trăiri subiective, care reflectă atitudinea față de obiectele lumii înconjurătoare și fenomenele realității, față de sine. Stările afective reflectă raporturile dintre persoană și mediul înconjurător. De aceea, afectivitatea este procesul cel mai strâns legat de personalitate. Trăirile emoționale variază în funcție de satisfacerea necesităților subiectului. Afectul fiziologic este o emoție intensă, apărută subit, care durează puțin timp și cuprinde întreaga personalitate în timpul trăirilor, dirijând comportamentul ei și, caracterizându-se ce o deosebește de afectul patologic prin acțiunile sale expresive. Vorbind despre emoțiile, or despre intensitatea și mărimea puternică, condiționată de conflictul tendințelor adverse, având schimbare cantitativă ca aspect, poate să cauzeze și respectiv schimbarea fiind caracteristică pentru starea de afect este calitativă.

În psihiatria judiciară, conchid autorii M. Corchina, N. Lacosina, afectul mai puțin intens este considerat a fi afectul fiziologic, iar afectul excesiv de intens - afectul patologic, în care se tulbură luciditatea conștiinței (o stare crepusculară); persoana pierde capacitatea de discernământ și de apreciere critică a faptelor sale și a consecințelor acestora. [215, p. 156] Afectul patologic semnifică

starea morbidă a psihicului, în care persoana pierde aptitudinea de a-l controla, de a-și conștientiza acțiunile. Afectul fiziologic spre deosebire de afectul patologic este o trăire emoțională foarte intensivă, care atinge nivelul stării psihotice; apare o întunecare completă a conștiinței și paralizarea voinței, manifestându-se printr-o excitație furtunoasă motrice cu acțiuni automate și lipsite de sens.

Afectul patologic presupune existența a trei faze:

- faza de pregătire (preparatorie);
- faza izbucnirii (faza principală);
- faza finală (faza efectului).

Sub influența emoțiilor puternice traumatice se realizează în prima fază și se încalcă perceperea la bolnav a celor ce-l înconjoară: aptitudinea de a urmări cele ce se petrec și de a înțelege propria stare. Spațiul sau orizontul închipuirilor se îngustează și se limitează la trăirile traumatice ale bolnavului. Pentru persoana în cauză se încetează de a mai exista închipuiri ca și cum.

Trecerea deja în manifestare furtunoasă a excitației motrice este faza izbucnirii și care începe cu descărcarea afectivă, care cu o dereglare totală a propriei orientări se încalcă adânc conștiința.

Deja o bruscă slăbire a puterilor fizice și psihice se petrece în a treia fază și se observă care provoacă un somn adânc, o relaxare generală, bolnavul fiind indiferent față de lumea înconjurătoare și față de cele comise [Райский С.М. Судебная медицина. Москва:Медицина, 1953., p. 425]. Autorul polonez, psihiatrul A. Luncvischi, referindu-se la deosebirile existente între aceste două stări menționează faptul că dacă în cazul afectului fiziologic atitudinea față de motivele care l-au provocat este adecvată, atunci starea afectului patologic decurge în felul următor:

- reacțiile emoționale sunt mai intensive, iar tulburarea conștiinței este mai mult pronunțată;
- acțiunile întreprinse sunt alogice (iraționale, negândite) fără vreun scop, spontane, deosebiri îngrozitoare prin cruzimea lor;
- de regulă apar lacune în memorie, care lipsesc la afectul fiziologic.

Autorul rus I. Pavlov, considerând afectul ca pe *un fenomen clinic sănătos* al comportamentului uman, adresează o întrebare - *oare nu observăm cum persoana, permanent, sub influența afectului vorbește și își face ceea ce ea nu și-ar permite într-o stare obișnuită și regretă mult cele întâmplare?* În opinia lui V. Lunevski, în unele cazuri, și atunci când este vorba de afect fiziologic, subiectul poate fi total lipsit de posibilitatea de a dirija acțiunile sale, dar, deoarece aceasta nu este un factor patologic și, respectiv, sursa imposibilității de a-și controla comportarea se află în afara limitelor condițiilor psihiatrice despre care mărturisește elementul biologic al formulării iresponsabilității, instanța nu poate recunoaște că infracțiunea a fost săvârșită în stare de iresponsabilitate. În starea de afect patologic, în care unele elemente sociale într-adevăr își pierd importanța, se încalcă în mare măsură continuitatea celor întâmplare (care constă dintr-o „îngrămădire” a unor elemente care nu se află în corelație). În această stare, acțiunile nu sunt în concordanță cu împrejurarea.

Autorul G. Langhe, pe baza cazuisticii proprii, concluzionează că în situația afectului patologic, accesul, criza se depistează la persoanele care sunt predispușe spre acestea, persoanele raționale

aducându-le într-o stare de paroxism sălbatic, cu tendință rabică, spre distrugere, violență. Pacientul brusc se aruncă la cei din jur, împinge cu picioarele, poate să stranguleze pe oricine, aruncă cu ce-i nimerește, strigă. Fața este roșie, obrații fierbinți, ochii ieșiți din orbite, ritmul bătăii inimii este mărit, pulsul - 100-120 de bătăi pe minut. Criza durează un timp oarecare și se termină brusc, după care survine somnul (12-18 ore) și, când se trezește, bolnavul nu ține minte nimic. Observăm, astfel, că în cazul afectului fiziologic nu poate fi vorba de iresponsabilitate care ar exclude răspunderea penală (cum este în cazul afectului patologic). A recunoaște responsabilă persoana care a comis omor în stare de afect, responsabilitatea servind ca temei al posibilității de răspundere penală, ar demonstra că la momentul comiterii faptei comportamentul ei nu era lipsit de control conștient.

Comportamentul infracțional în stare de afect nu se atribuie la categoria de acțiuni care complet sunt rupte de la conștient. Contrapunând acțiunile conștiente și acțiunile impulsive, autorul B. Teplov constată că față de primele, cele din urmă se impun printr-o diferență nu prea mare a aptitudinii de a conștientiza. Vinovăția poate fi întemeiată ca o categorie morală și legală, când rezultă din aptitudinea persoanei de a conștientiza acțiunile sale, de a le dirija (chiar și atunci când aptitudinea are un grad mai redus, cum este în cazul afectului). Dacă aceste acțiuni se califică drept infracțiune, atunci trebuie să avem convingerea că persoana este pasibilă de răspundere penală, deci, că ea le conștientizează, le dirijează, în caz contrar ele nici nu ar trebui examinate ca obiect al dreptului penal. Cum s-a menționat anterior, spre deosebire de afectul patologic, la care se manifestă o tulburare completă a conștiinței, afectului fiziologic îi este caracteristic doar îngustarea conștiinței. Din aceste considerente, psihiatrii afirmă că afectul fiziologic este o manifestare zilnică sănătoasă și nu-l atribuie la categoria stărilor psihice inconștiente. Așadar, devine evident faptul că acțiunea săvârșită în stare de afect fiziologic nu numai că nu este lipsită de caracter rațional, ea pur și simplu este imposibilă fără implicarea rațiunii în determinarea scopului, mijloacelor. Însă, menționează M. Corchina și N. Lacosina, pe lângă faptul că în stare de afect fiziologic persoana nu-și pierde aptitudinea de a conștientiza caracterul comportamentului, este important a menționa că în asemenea stare ea nu își pierde nici capacitatea de a potoli impulsivitatea acțiunilor sale și de a subordona autocontrolului [215, p. 326].

În baza datelor experimentale s-a ajuns la concluzia că conflictul provoacă o bruscă stare de afect, cu cât mai aproape de sfera motorie el se dezlănțuie (deregându-se automatismele superioare). Pe măsură ce conflictul se deplasează în sfera intelectuală, influența lui slăbește, și afectul mai ușor poate fi depășit. De regulă, afectul apare la persoanele irascibile. Însă, omul, ființă dotată cu rațiune, poate să se abțină de la anumite acțiuni. Așadar, se face dificil autocontrolul, în stare de afect de la dorințele condiționate de această stare nu exclude însă posibilitatea de abținere. Nu ar fi corectă nici afirmarea, menționează B. Teplov, precum că în stare de afect nu se poate autocontrola și de aceea nu ar trebui să poartă răspundere pentru acțiunile care le-a săvârșit, aflându-se în așa stare. Desigur, dând „frâu liber” furiei, este foarte dificil de a te autocontrola. Dar dificil, nu înseamnă imposibil. Mai există și puterea de voință. Respectiv, pentru a împiedica izbucnirea afectivă, nu trebuie de admis ca ea să înceapă. Afectul este o manifestare obișnuită a emoțiilor, cunoscută multor persoane. *Dar oare fiecare om care se află în așa stare săvârșește*

infracțiunea? Incontestabil, nu. Aflați în stare de afect unii insultă victima, alții o plăsmuiesc, ceilalți rup haina de pe sine sau strică veselia. În literatura de specialitate dificultatea stabilirii stării de afect a identificat diverse discuții în acest sens, generând păreri controversate. Respectiv, unii autori propun efectuarea în acest scop a unei expertize psihologico-judiciare, alți autori - a unei expertize psihologico-psihiatrice complexe.

Autorii V. Stașis și M. Bajanov concretizează că pentru a stabili dacă respectiv acțiunea este săvârșită în stare de afect fiziologic sau patologic se cere totuși doar efectuarea expertizei judiciaro-psihiatrice [258, p. 326].

Mulți practicieni și oameni de știință consideră că această stare de emoții sufletești puternice urmează să o stabilească judecătorul în fiecare caz concret la intima sa convingere, în așa mod afectul fiind atribuit la categorie apreciativă. Acest fapt acordă judecătorilor o prea mare libertate în examinarea judiciară. Instanțele apreciază diferit starea emoțională a făptuitorului, iar ca efect apar unele erori judiciare. De cele mai multe ori instanța califică acțiunile de omor ca fiind săvârșite în stare de afect, pe când persoana, săvârșind infracțiunea, nu se afla în stare de afect. Alt caz ar fi cauzarea morții victimei, care se califică ca fiind săvârșită în stare de afect, pe când persoana respectivă a depășit limitele legitimei apărări. La aprecierea stării emoționale, instanța utilizează ca puncte de reper două împrejurări, și anume:

- caracterul provocării (actelor provocatorii) ilegale din partea victimei.
- timpul reacției de răspuns din partea făptuitorului.

Cu toate acestea, provocarea ilegală din partea victimei și reacția imediată a făptuitorului nu constituie dovada trăirii stării de afect, deoarece provocarea nu întotdeauna condiționează starea emoțională, iar reacția imediată este caracteristică și altor infracțiuni.

În același timp, provocarea, exteriorizată sub forma violenței, insultei grave sau a altor acțiuni ilegale, fixată în semnificația judiciară a stării de afect, se deosebește de semnificația lui psihologică. Concretizarea locală a stării de afect este prerogativa ofițerului de urmărire penală și a instanței. Psihologul și psihiatrul nu sunt competenți de a determina aceste noțiuni juridice. În calitatea lor de experți, ei sunt obligați să se limiteze la o apreciere pur profesională. Corespunzător, starea de afect, natura ei fiziologică și acțiunea asupra conștiinței nu pot fi apreciate în baza experienței de viață, fiind necesare studii și cunoștințe speciale. Nemijlocit, afectul fiziologic se exprimă ca manifestare bruscă a reacțiilor primitive. Fiind astfel puternic iritate, ele au o influență de frânare, acționând asupra scoarței cerebrale, în urma căreia conștiința se îngustează și se reduce capacitatea volitivă. Starea de afect generează schimbări esențiale în sfera psihicului. La om dispare atenția la tot ce nu are legătură cu obiectul care a provocat afectul. El uită gândurile inițiale, acțiunile, mișcărilor devenite obișnuite, la el se dereglează motorica, în alt mod își reglează acțiunile, reacțiile verbale la fel diferă. Deoarece dinamica prevalează asupra conținutului logic al acțiunilor, victimei, în majoritatea cazurilor, i se provoacă lovituri, răni în diferite părți ale corpului.

Până la apariția afectului, persoana nu se gândește la infracțiune și în conștient nu ar admite că ar putea să o comită. De aceea, multe persoane, săvârșind infracțiuni în stare de afect, ulterior regretă, se

căiesc, și trăiesc (trec cu) greu (peste) cele întâmplare, remușcări, muștrări de conștiință. Totodată, trebuie de accentuat faptul că unele dintre aceste calități psiho-fizice oglindite parțial sunt caracteristice și afectului patologic. Această împrejurare, precum și faptul că psihicul uman este individual și irepetabil, vin să argumenteze că pentru aprecierea corectă a stării de afect sunt necesare cunoștințe speciale atât în domeniul psihologiei, cât și în domeniul psihiatriei, astfel justificându-se necesitatea efectuării unei expertize complexe, conchide V. Cudreavțev [211, pp. 21-27].

Importanță au nu doar concluziile expertului, dar și evidențierea faptelor în baza cărora au fost făcute concluziile. De aceea, scopul terților este de a stabili legătura cauzală nemijlocită dintre actele provocatoare ilegale și afect.

Pentru a stabili această legătură cauzală trebuie de constatat, în primul rând, că acțiunile incriminate au fost săvârșite în limitele stării de afect fiziologic și, în al doilea rând, cauzele care au provocat afectul, pentru a exclude afectul patologic.

Dificultăți apar atunci când cauza nemijlocită a afectului are un caracter provocator, ea fiind însă determinată de situația psihologică conflictuală care durează în timp. Acțiunea ilegală, în cazul afectului, cumulativ având rolul „ultimei picături” - se prezintă în sfera psihologică a făptuitorului ca moment culminant al dezvoltării situației conflictuale, care obiectivează toate insultele anterioare, reflectându-se în conștientul subiectului ca moment „integrat” în situație. Astfel, de competența experților este de a reflecta doar trăsăturile psihologice, ca premise ale unor elemente juridice importante, cum sunt caracterul subit, nemijlocit, imediat și real al cauzelor exploziei afective [72, p. 32].

Caracterul apariției stării de afect, în opinia autorului S. Borodin, nu poate fi determinat de expertul psiholog, aceasta fiind o categorie apreciativă. Judecătoria Supremă a RSFSR a calificat faptele infracționale în baza art. 104 CP RSFSR, subliniind că la stabilirea modului de apariție a afectului (a survenit ea în mod subit sau nu, reacția de răspuns din partea făptuitorului la provocările victimei a fost și la fel imediată în acel moment) instanța trebuie să ia în considerație toate împrejurările concrete ale cazului. Totuși, după cum am menționat anterior, pentru constatarea prezenței afectului fiziologic trebuie să fie exclusă prezența afectului patologic, în care scop este necesară efectuarea expertizei judiciare psihologico-psihiatrice complexe. Însă, atât expertul psiholog, cât și expertul psihiatru, au anumite limite ale competenței. Corespunzător, obligația expertului psihiatru constă în:

- excluderea afectului patologic și a altor stări psihotice tranzitorii;
- aprecierea influenței asupra dezvoltării și fenomenologiei afectului, a patologiei biologice (psihopatii anormale, stări patologice tranzitorii, boli somatice);
- aprecierea proceselor compensației psihice și mecanismelor încălcării lor la etapa premergătoare afectului, stabilirea dinamicii fondului psihologic și biologic [277, p. 114].

Competența expertului psiholog se reduce la:

- aprecierea situației, personalității și a fenomenologiei exploziei afective;
- stabilirea mecanismelor psihologice care stau la baza dezvoltării stării de afect și determinarea particularităților manifestărilor exterioare ale afectului;

- delimitarea afectului fiziologic de alte stări emoționale (stres, frustrare), de reacțiile emoționale care nu au atins profunzimea afectului [212, p. 60].

Pentru a determina faptul dacă făptuitorul a fost în stare de afect patologic, expertul psihiatru va apela la actele medicale, la probele materiale stabilite de către ofițerul de urmărire penală, va lua cunoștință de trăsăturile psihofiziologice ale făptuitorului. Însă, deoarece obiectul psihologiei îl constituie psihicul sănătos al omului, psihologii nu sunt competenți în delimitarea diagnosticului. În competența lor este de a stabili starea de afect fiziologic. Drept surse materiale, în acest scop, vor servi calitățile deosebite ale personalității făptuitorului, nivelul lui de dezvoltare, experiența de viață, trăirile emoționale, temperamentul, unele particularități psihofiziologice, factorii care au influențat nemijlocit asupra făptuitorului până la comiterea infracțiunii.

În concluzie menționăm că, pentru a stabili starea de afect fiziologic, sunt necesare cunoștințe în diferite ramuri ale științelor care studiază legitățile activității psihice ale omului și nu este suficient numai domeniul dreptului. Doar un psiholog care activează ani în șir în domeniul respectiv, având o experiență bogată, este apt de a stabili existența stării de afect sau lipsa ei. Or, acesta cunoaște particularitățile apariției stării de afect fiziologic și evoluția acestuia în diferite situații concrete, are posibilitatea de a studia temperamentul persoanei, modul ei de acțiune și gândire în diferite situații, comportamentul în cazul convorbirilor cu psihologul și modul de a explica sau încercarea de a induce în eroare. Astfel, afectul fiziologic va fi stabilit în baza unei expertize medico-legale sau judiciare psihologico-psihiatrice de natură complexe, cu toate că în practică ea este rareori aplicată.

A. Stările emoționale iau naștere încă din momentul în care a cărei examinare se cere (suspect, învinuit, inculpat, martor) este invitată în fața examinatorului poligraf cunoscând în general dinamica de manifestare:

- În cazul unei persoane care a săvârșit fapta infracțională, starea inițială a conștientizării pericolului de a fi demascat, introduce organismul ca sistem autoreglator într-o stare de vigilență crescută de „alarmare” [172¹]. Această stare, tradusă în evoluția parametrilor psihologici controlați, are un caracter difuz, general, global, cu declanșare involuntară, pregătind (prin mecanisme neuro-hormonale) organismul pentru contractarea pericolului.

- Modalitățile concrete de examinare a subiectului prin acestea tehnici, ordinea și succesiunea stimulilor, selecționarea acestora, precum și alte detalii ale procedurilor de examinare sau interpretare vor face obiectul secțiunii a II-a din prezentul capitol.

- În cazul unei persoane care nu are legătură cu fapta, de regulă, stările emoționale, deși slab evidențiate, au un caracter stenic, pozitiv, motivat de o ușoară teamă, dar mai degrabă de curiozitate și interes pentru scopul chemării sale în fața examinatorului. Pe măsură ce i se comunică (conf. Metodologie) scopul examinării, conținutul întrebărilor ce-1 vor fi adresate, și se cere consimțământul, de regulă persoana nevinovată se liniștește și colaborează corect cu specialistul examinator.

B. În cazul persoanei care a comis fapta, o dată cu începerea adresării întrebărilor, conștientizarea mesajului informațional al încărcăturii acestora generează - pentru categoria celor relevante - în planul cognitiv al subiectului, reactualizarea involuntară a momentelor informaționale

obiectul afectiv, care au însoțit comiterea faptei infracționale, prin declanșarea structurilor funcționale ale memoriei laterne și a celei voluntare. Mai ales în acele variante ale examinării în care factorul surpriză și elementele de neprevăzut legate de stimuli (ordinea acestora, repetabilitatea, încărcătura etc.) nu sunt cunoscute de către subiect, reprezentări despre faptă apar brusc, intempestiv, surprinzând compartimentul cognitiv al analizei și deciziei nepregătit, în deficit de date și subsansamluri logice în fața pericolului iminent de a fi demascat. Concomitent, caracteristicile afective, stările emoționale și trăirile care au întovărășit reprezentările despre faptă, inunță planul conștiinței, dominându-l în virtutea ineficienței asupra lor a controlului voluntar. La acest nivel trăirea emoțională se integrează în structura primară a instinctelor (instinctul de conservare) conștientizarea pericolului declanșării trăirii stării de frică „uneori bruscă blocare a unei funcțiuni motorii” [44].

Activitatea musculară a laringelui și a coardelor vocale are o influență directă asupra debitului sonor în special, a frecvenței fundamentale - cel mai mare efect al stresului psihologic fiind tremurul fiziologic existent la nivelul mușchilor care acționează aparatul fonorespirator.

Modificările fiziologice generate de emoție [80¹] ca presiunea subglotică mărită, uscarea succesivă a gurii sau un exces de salivă și modificarea controlului activității motorii, pot avea o influență asupra formei ondulatorii a vibrațiilor coardelor vocale. Atunci când o persoană nu este stresată, tremurul fiziologic are o intensitate maximă.

Trebuie avut în vedere faptul că, întrucât fiecare persoană are o structură psihologică proprie, viteza de execuție și presiunile exercitate în timpul scrierii în condiții normale variază, neputându-se stabili un etalon al modului de scriere în condițiile lipsei de efect emotiv. În această situație este necesar să se stabilească pentru fiecare persoană în parte parametrii normali ai scrierii, spre a putea depista prezența emoției în timpul acțiunii respective.

Cercetătorii juriști și psihiatrii recunosc că între criminali există un grup considerabil care suferă de anomalii psihice. Mulți autori consideră că asemenea persoane săvârșesc infracțiuni fiind în stare de responsabilitate redusă. Problema responsabilității reduse continuă să fie discutată. Opiniile referitor la această problemă în literatura de specialitate a statelor europene au început a fi inițiate acum 150 de ani în urmă, legislația penală tratând aceeași problemă în mod diferit.

Actualmente, CP RM conține o normă relativ nouă art. 23¹ și anume: - „Responsabilitatea redusă”, care prevede la (1) faptul că: *„Persoana care a săvârșit o infracțiune ca urmare a unei tulburări psihice, constatată prin expertiza medicală efectuată în modul stabilit, din cauza căreia nu-și putea da seama pe deplin de caracterul și legalitatea faptelor sale sau nu le putea dirija pe deplin este pasibilă de responsabilitate penală redusă”*.

Iar la alin.(2): „Instanța de judecată, la stabilirea pedepsei sau a măsurilor de siguranță, ține cont de tulburarea psihică existentă, care însă nu exclude răspunderea penală”.

Ca să clarificăm statutul juridic al acestui tip de responsabilitate, legiuitorul din RM a stabilit clar că ea nu exclude răspunderea penală a făptuitorului și, mai mult decât atât, este inclusă printre circumstanțele atenuante ale cauzei în art. 76 alin. (1) lit. d) CP RM.

În alte state, responsabilitatea redusă este percepută în mod diferit. Diverse școli ale dreptului

penal (clasică, sociologică și antropologică) nu operează cu o opțiune unică și uniformă în raport cu responsabilitatea redusă, divergențe existând inclusiv în privința modului de apreciere și aplicare în practică a categoriei responsabilității reduse în lupta cu criminalitatea.

După ce psihiatrii și juriștii s-au confruntat în practică cu problema iresponsabilității și responsabilității, s-a constatat că între starea de iresponsabilitate și responsabilitate se află un grup considerabil de persoane, care, cu toate că sunt responsabile de săvârșirea infracțiunii, suferă de anomalii psihice, care influențează într-un oarecare mod comportamentul lor. În legătură cu acest ultim fapt, în legislațiile unor state au apărut trimiteri la responsabilitatea redusă, iar în literatura de specialitate au intervenit aprecieri doctrinare cu referire la problematica complexă a responsabilității reduse.

CP german, CP rus, CP polonez recunosc o stare intermediară între responsabilitate și iresponsabilitate, o responsabilitate parțială (redușă). La baza acestei responsabilități este pusă o tulburare psihică care nu-i permite persoanei să înțeleagă în deplină măsură caracterul și gradul prejudiciabil al acțiunilor (inacțiunilor) sale sau să le dirijeze. Aceste tulburări psihice nu exclud responsabilitatea, însă pot servi drept temei pentru stabilirea unei pedepse mai blânde sau pentru aplicarea măsurilor cu caracter medical și anume de constrângere față de persoana care a săvârșit o faptă prevăzută de legea penală și care este social periculoasă și prejudiciabilă.

Problematica legată de responsabilitatea redusă cel mai amplu este reflectată în reglementările CP elvețian din 1937. În context, responsabilitatea redusă se consideră stabilită dacă ea reprezintă tulburări psihice ale conștiinței ori, ca urmare a dezvoltării mintale, infractorului, în momentul acțiunii, nu este în stare de a-și aprecia comportamentul. Față de asemenea persoane instanța de judecată micșorează pedeapsa penală. Judecătorului, conchide A. Mariț, i se oferă dreptul, în baza concluziei expertului, de a interna pe vinovat în spital pentru a aprecia dacă el prezintă pericol pentru securitatea socială și ordinea publică, de a decide internarea persoanei cu responsabilitate redusă în spital [117, p. 157].

Art. 22 CP al Federației Ruse prevede faptul că *persoana responsabilă, care în timpul comiterii infracțiunii din cauza tulburărilor psihice n-a putut pe deplin să-și dea seama de caracterul și pericolul social al acțiunilor (inacțiunilor) sau să le dirijeze, este atrasă de răspunderea penală.*

Printre persoanele recunoscute responsabile se întâlnesc persoane care au careva defecte psihice, acestea fiind psihopatiile de diferite grade, debilizii mintali, alcoolismul cronic etc. Persoanele respective, având aceste defecte psihice, își dau seama de acțiunile sale și le pot dirija. De aceea aceste persoane corespund calităților responsabilității. Însă, menționează autorii V. Lebedev și I. Scuratov, realitatea de a înțelege caracterul și însemnătatea acțiunilor sale, precum și a le dirija sunt scăzute, limitate, iar calitățile volitive sunt micșorate [209, p. 32].

În opinia autorului A. Mariț, „responsabilitatea redusă” (responsabilitatea de frontieră) este responsabilitatea care determină starea de frontieră între *normală* și *patologică*. Prin responsabilitate de frontieră se înțelege starea psihică a persoanei, care nu exclude răspunderea și pedeapsa penală, care, în timpul săvârșirii infracțiunii, a fost limitată în capacitatea de a-și da seama

de acțiunile sau inacțiunile sale și de a conduce cu ele în timpul unei tulburări psihice (anomalii psihice). Particularitățile generale enunțate și determinarea noțiunii responsabilității de frontieră nu caracterizează sensul de drept penal pentru răspunderea penală, individualizarea acestei răspunderi în dosarele infracțiunilor săvârșite în grup, aplicarea pedepsei, tipurile de regim și posibilitățile de aplicare a măsurilor de constrângere cu caracter medical. După cum conchide A. Mariș, responsabilitatea de frontieră trebuie să fie consacrată în legislația penală, deoarece aceasta este o categorie a dreptului penal [117, p. 164].

Conform prevederilor art. 20 alin. (3) CP al Federației Ruse, *dacă minorul a atins vârsta prevăzută de alin. 1 și 2, dar din cauza rămânerii în urmă cu dezvoltarea psihică, care nu are legătură cu dereglarea psihică, care în timpul comiterii faptei socialmente periculoase nu putea să-și dea seama pe deplin caracterul și pericolul acțiunilor (inacțiunilor) sale sau să le dirijeze, apoi nu va răspunde penal.* Norma în cauză este denumită de literatura juridică deseori ca fiind „iresponsabilitate după vârstă” (*"возрастная невменяемость"*).

Alienația minorilor (înapoierea sau retardul mintal) trebuie deosebită de iresponsabilitatea, la care capacitatea de a înțelege sensul acțiunilor lor și de a le dirija care îngreunează considerabil. Pentru stabilirea arierației învinutului sau inculpatului minor, organele de urmărire penală și instanțele de judecată sunt obligate să dispună efectuarea expertizei de către specialiști în domeniul psihologiei (psiholog, asistent social, pedagog) sau de către expertul - psihiatru.

Ținându-se cont de gravitatea infracțiunii săvârșite dar și de gradul de deficiență mintală, precum și de persoana minorului, în baza art. 54 CP RM se vor putea dispune într-o internarea instituției speciale de învățământ și de reeducare sau într-o instituție curativă și adică se pot dispune și aplica și alte măsuri de constrângere cu caracter educativ de reeducare respectiv poate fi eliberat de răspundere penală conform prevederilor de la art. 104 CP RM. Legislația penală a RM nu prevede expres o normă juridică prin care minorii din cauza rămânerii în urmă cu dezvoltarea psihică, neavând legătură cu dereglarea psihică, să nu fie trași la răspundere penală, dar oricum în cazurile respective organele de urmărire penală și instanța de judecată sunt obligate să numească o expertiză psihiatrică. Astfel, art. 475 alin. (2) CPP RM prevede că dacă se va constata că minorul suferă de o debilitate mintală, și aceasta nu este legată de o boală psihică. Va fi necesar astfel să se stabilească, dacă acesta a fost conștient pe deplin de săvârșirea actului ilicit. Astfel, vor fi ascultați părinții minorului, învățătorii, educatorii lui și alte persoane pentru a se stabili aceste circumstanțe, care ar putea comunica datele necesare. De asemenea, se vor efectua alte acte judiciare de urmărire penală și se va mai cere și efectuarea unei anchete sociale, respectiv prezentarea documentelor necesare. Importantă este problema referitoare la faptul dacă minorul, la momentul comiterii faptei socialmente periculoase, suferă de vreo boală psihică cronică, de tulburări psihice temporare sau de alte stări patologice. În context, se identifică criteriul medical al iresponsabilității în corespundere cu art. 23 alin (1) CP RM. În cazul unui răspuns negativ la întrebarea adresată, adică în cazul lipsei unor dereglări psihice la minor, este necesar de cercetat acele calități psihice care intră în competența psihologului. Este necesar de oferit răspuns la următoarea întrebare: *are minorul careva întârzieri în*

dezvoltarea psihică, dar care nu au legătură cu dereglările psihice? [247, p. 29]. De asemenea, trebuie verificată și chestiunea referitoare la faptul dacă era capabil minorul să-și dea seama de acțiunile (inacțiunile) socialmente periculoase și să le dirijeze.

În legislația română se ridică întrebarea referitoare și la **discernământul persoanei**. Prin discernământ se înțelege o expresie a nivelului de conștiință, care apare ca fiind unul dintre principalele criterii medico-legale de apreciere a responsabilității. Aceasta este privită ca o funcție de sinteză care se reflectă în capacitatea făptuitorului de a concepe planul unei acțiuni, de a urmări realizarea unui scop și obținerea rezultatului, precum și ordinea etapelor de desfășurare.

Discernământul, subliniază V. Beliş, este condiționat, pe lângă acest caracter de organizare motivată a faptei, de structura personalității individuale și de structura conștiinței la un moment dat [38, p. 740]. Pentru a determina prezența sau absența discernământului în momentul săvârșirii faptei, expertiza medico-legală este necesar să stabilească anumite împrejurări, în particular: prezența intenției sau motivației normale ori patologice și integrarea structurală și funcțională a elementelor participante la conturarea personalității și conștiinței, cu precizarea nivelului de conștiință elementară, operațional-logică, axiologică și etică, atât în momentul săvârșirii faptei, cât și în acel al efectuării expertizei.

Întrucât discernământul reprezintă capacitatea individului de a avea reprezentarea faptelor proprii și a urmărilor acestora, pentru existența lui este importantă, consemnează autorii L. Uța, C. Jora, prezența unui câmp de conștiință clar, care să asigure o percepție corectă și completă a semnalelor mediului exterior și interior, precum și capacității de a elabora planurile de acțiune prin utilizarea tuturor informațiilor pe care câmpul de conștiință le oferă în vederea atingerii scopului urmărit [168, p. 124].

În vederea determinării prezenței discernământului se impune analiza psiho-patologică a făptuitorului, în scopul de a stabili existența sau lipsa legăturii dintre tulburările psihice ale acestuia și actele săvârșite, precum și de a preciza existența sau lipsa capacității de a înțelege conținutul acțiunii sau inacțiunii și consecințele ei socialmente periculoase. Discernământul apare ca o facultate psihică dese a distinge între situația între bine și rău, sau legal și ilegal, de a fi permis și nepermis, facultate care se bazează pe:

- o percepere corectă a realității, a naturii actului, a conținutului și consecințele sale;
- o gândire logică;
- funcțiile afective și volitive normale, care motivează comportamentele specifice umane.

Prin discernământ se înțelege facultatea, posibilitatea de a discerne, de a judeca și de a aprecia lucrurile la justa lor valoare, menționează autorii V. Florea, I. Arjuc [102, p. 21]. Discernământul, privit ca o calitate funcțională a persoanei, este condiționat atât de structura personalității, respectiv gradul de dezvoltare intelectuală, de însușire profesională și/sau generală, de experiența de viață, cât și de structura conștiinței. Aceste nuanțe nu trebuie raportate în mod formal la vârsta cronologică sau la diagnostic, ci la stadiul de evoluție a bolii, la circumstanțele săvârșirii faptei, la caracterul deliberat al acțiunii sau inacțiunii, la capacitatea făptuitorului de a-și exprima liber voința și de a aprecia critic consecințele

faptelor sale. Existența sau inexistența mobilului ori caracterului lui imaginar sau aberant pot constitui criterii suplimentare pentru determinarea prezenței sau absenței discernământului.

Atât discernământul, cât și responsabilitatea, subliniază autorii L. Uță și C. Jora reprezentând noțiuni generale, universale, fără a exista criterii deosebite de a diferenția un discernământ medical, juridic sau psihologic [168, p. 125]. Existența discernământului este condiționată de două categorii de factori, și anume: **structura personalității individului; structura conștiinței, în cadrul căreia pot fi stabilite patru niveluri** (conștiința elementară; conștiința operațional logică; conștiința axiologică; conștiința etică) [40, p. 745].

Un lucru foarte important, care-l consideră unii autori ca fiind necesar și pentru legislația și practica judiciară, este faptul că conform legislației penale române, minorul între 14 ani împliniți și 16 ani neîmpliniți, va răspunde penal numai dacă se constată că a săvârșit fapta cu discernământ. Astfel, în practică s-a considerat de către instanța română supremă, că *persoana minorului cu vârsta între 14-16 ani, care a aruncat de la mică distanță o vergea metalică ascuțită în direcția capului victimei cu scopul de a se răzbuna, iar vergeaua s-a înfipt în cutia craniană, provocând moartea victimei, are discernământ, deoarece în urma întocmirii raportului medico-legal, funcțiile sunt dezvoltate normal, fără devieri, iar posibilitățile interpretative nu sunt denaturate. Astfel, dacă minorul a săvârșit o faptă prevăzută de legea penală și s-a dovedit că are discernământ, iar ulterior mai comite o faptă penală, discernământul va trebui dovedit și pentru fapta nouă* [165 p. 10], [357, p. 10].

S-a exprimat de către autorul X. Ulianovschi și opinia precum că dacă prin lege a fost stabilită pentru minori o vârstă unică de 14 ani, de la împlinirea lor făptuitorul este prezumat că a acționat cu discernământ. Susține aserțiunea autorului citat, care nu cade de acord cu această opinie anterior lansată, deoarece nu poate fi vorba de o abrogare a dispozițiilor care vizează vârsta făptuitorului numai din motiv că legiuitorul se referă la faptele săvârșite de către minorii între 14-18 ani. De altfel, nu a intervenit nimic în legătură cu dezvoltarea lor fizică și psihică, care să-i facă de acum înainte să conștientizeze faptele penale comise de către ei. Dimpotrivă, viața socială devine tot mai complexă, astfel încât este necesară și o anumită experiență socială pentru a avea răspundere penală. Discernământul constă în capacitatea minorului de a-și da seama de acțiunea (inacțiunea) sa și de consecințele socialmente periculoase ale acesteia, de a fi stăpân pe voința sa în raport cu această acțiune (inacțiune).

3.2. Problematika iresponsabilității în situația consumului de droguri sau băuturi alcoolice. Temeiurile pentru aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical

Conform art. 24 CP RM se menționează: „O infracțiune comisă în stare de ebrietate, stare produsă de alcool sau de alte substanțe asupra persoanei, aceasta care a săvârșit-o nu este liberată de răspundere penală. Iar, gradul și influența ebrietății, ei cauzele asupra săvârșirii infracțiunii se vor lua în considerare la stabilirea pedepsei”.

Aspectul social al alcoolismului are anumite conotații sociale periculoase.

Aspectul medical presupune că persoana e permanent sub influența alcoolului, îl consumă în

cantități mari, aproape tot timpul se găsește în stare de ebrietate avansată; în forme grave, alcoolismul poate genera psihoze alcoolice, care pot duce la iresponsabilitatea persoanei. Alcoolismul devine o maladie cronică. Astfel, aspectul medical constă în aceea că persoana e permanent sub influența alcoolului, îl consumă în cantități mari, aproape tot timpul se găsește în stare de ebrietate la etapa a treia. În forme grele alcoolismul generează psihoze alcoolice, care determină *iresponsabilitatea persoanei*.

Consumul de substanțe alcoolice, narcotice, toxice conduce uneori la săvârșirea unor infracțiuni, de aceea, în cazurile de stabilire a pedepsei pentru alcoolici și narcomani, instanțele de judecată trebuie să examineze și oportunitatea supunerii lor la un tratament forțat de la aceste stări malade.

Noțiunea de ebrietate presupune că persoana se poate afla în asemenea stare în urma folosirii băuturilor alcoolice, substanțelor toxice și a altor substanțe care inhibă centrul nervos. [115, p. 144] Norma citată are în vedere starea de ebrietate obișnuită (simplă fiziologică) în care a ajuns persoana ca efect al folosirii alcoolului, substanțelor narcotice sau toxice, ori a altor substanțe cu efect ebriant sau narcotizant. O astfel de stare de ebrietate, indiferent de gradul ei de gravitate, nu poate fi considerată stare de iresponsabilitate. Deoarece lipsește criteriul medical al ei (boala psihică cronică, tulburarea psihică temporară sau starea patologică).

Pentru determinarea cât mai exactă a influenței pe care starea de ebrietate o poate avea asupra răspunderii penale, în știința dreptului penal se face distincție între mai multe forme de beție, ținându-se seama de atitudinea psihică a persoanei în cauză față de provocarea stării de ebrietate, de gradul de beție, de frecvența cu care o persoană își provoacă starea de ebrietate etc.

Astfel, după atitudinea persoanei față de provocarea stării de beție, se face distincție între:

- beția accidentată (fortuită), provocată independent de voința persoanei în cauză,
- beția voluntară.

Beția voluntară poate fi, la rândul ei:

- *simplă* (când este produsă fără ca persoana să aibă intenția de a se îmbăta),
- *preordinată* (când persoana și-a provocat anume starea de beție în vederea săvârșirii unei infracțiuni). [65, p. 272]

Beția voluntară poate fi:

- *ocazională* (când o persoană consumă întâmplător băuturi alcoolice),
- *cronică* (când apare ca o stare permanentă, o obișnuință). După gradul de intoxicație, beția poate fi:
 - *beția completă* (când se ajunge la situația cvasipalizarea completă a energiei fizice și a facultăților psihice a acesteia),
 - *beția incompletă* (când procesul de intoxicare se află într-o fază incipientă, apreciind și determinându-se o slăbire a capacității de autodirijare și autocontrol a actelor de conduită a persoanelor) [35, p. 185]. Deci, literatura juridică a făcut distincție între beția completă (când în intoxicația cu alcool sau cu alte substanțe s-a trecut de la starea de excitabilitate și impulsivitate la cea în care persoana aflată în stare de beție nu mai este stăpână pe mișcărilor sale și nu mai are capacitatea de a înțelege și de a voi) și beția incompletă (care poate avea și ea diferite grade,

începând cu starea de beție ușoară și până la beția acută, limitată cu beția completă).

Starea de beție completă este caracterizată de un grad avansat de paralizare a energiei fizice și de o întunecare a facultăților psihice. Făptuitorul este lipsit temporar de capacitatea de a înțelege și de a voi datorită tulburărilor produse de alcool și de alți ebriați. El nu-și dă seama de faptele pe care le săvârșește și nici nu înțelege semnificația lor.

De regulă, starea de ebrietate derivă din două stări de ebrietate: *fiziologică (simplă)* și *patologică*.

În caz dacă persoana se afla în *stare de ebrietate fiziologică*, lipsesc semnele caracteristice tulburării bolnăvicioase a funcției psihice, precum și criteriul medical al iresponsabilității. De aceea, persoana, care a săvârșit o infracțiune în stare de ebrietate simplă poartă răspundere penală deplină pentru fapta săvârșită. Potrivit art. 77 alin. (1) lit. j) CP RM, starea de ebrietate este o circumstanță agravantă. Însă, în funcție de caracterul infracțiunii, instanța de judecată are dreptul să nu considere starea de ebrietate ca circumstanță agravantă.

Ebrietatea simplă trebuie, însă, delimitată de *starea de ebrietate patologică*. Ultima constituie o tulburare bolnăvicioasă temporară (pe timp scurt) a funcției psihice, condiționată de folosirea băuturilor alcoolice. Ebrietatea patologică a persoanei în cauză este lipsită de capacitatea de dirijare a voinței sale și a înțelege cele comise, iar în psihiatrie este recunoscută drept ca o tulburare psihică. Însă în lipsa celor două criterii (juridic și medical) suntem în cadrul iresponsabilității, în aceste cazuri suntem în prezența, persoana se va aprecia că se află într-o atare stare ca fiind recunoscută iresponsabilă chiar dacă a săvârșit o faptă prejudiciabilă [3, pp. 81-82]. De regulă, ea apare din cauza slăbirii organismului în urma surmenajului, insomniei, retrăirilor sufletești, neliniștii etc.

Aflându-se în asemenea stare, este destul ca persoana să folosească chiar și cea mai mică cantitate de alcool și ea deja se află în stare de ebrietate patologică. Folosirea sistematică a băuturilor alcoolice poate contribui și la dezvoltarea altor tulburări psihice (delirium tremens, halucinații alcoolice, paranoia alcoolică etc.).

La persoanele, care se află în stare de ebrietate patologică, se distruge și se dereglează capacitatea de a percepe, se dezechilibrează contactul cu lumea înconjurătoare, ele își pierd capacitatea de a-și da seama de acțiunile (inacțiunile) sale și de a le dirija [115, p. 145].

În ipoteza acestui fapt, persoanele care, *aflându-se în stare de ebrietate patologică, au săvârșit fapte prejudiciabile, sunt recunoscute iresponsabile*. Pentru apariția stării de ebrietate patologică are importanță nu atât influența alcoolului, cât existența unei stări permanente sau temporare patologice.

Starea permanentă se manifestă prin schimbările reziduale a bolilor sistemului nervos central de care a suferit anterior, precum și a traumelor craniale, însă neevidențiate, deoarece la persoanele respective, fiind în stare normală, nu se observă careva devieri în starea psiho-fizică și practic sunt considerate sănătoase. Un rol important în practica stării de ebrietate patologică o are situațiile temporare - supraoboseala, frica, insomnia, retracția, oboseala etc. În astfel de stare, alcoolul, indiferent de cantitatea consumată, în unele cazuri aduce la ebrietatea patologică. Combinarea acestor factori se întâlnesc foarte rar și de aceea repetarea ebrietății patologice la aceeași persoană

este foarte puțin posibilă [260, p. 344].

Starea de ebrietate patologică apare ca și orișicare stare de ebrietate (vorba neclară, micșorarea capacităților critice etc.) și se caracterizează printr-un comportament brusc schimbător. Unele dintre elementele de bază ale ebrietății patologice este conștiința schimbată, în urma căreia se schimbă și se denaturează procesul de percepere, se îndepărtează de realitate. Apare frica, simțul amenințării față de apropiați și de sine. La majorarea emoțiilor se încalcă orientarea în spațiu și apare interpretarea delirului alcoolic.

După cum rezultă din cele ce preced, starea de ebrietate la rândul său poate fi în anumite circumstanțe și împrejurări chiar o cauză de excludere a răspunderii penale, iar în altele - o cauză de atenuare sau agravare a sancțiunii. Sau pentru aplicarea la rândul acestei cauze de exonerare a caracterului penal și de excludere sau de înlăturare a răspunderii penale unde se cer a fi îndeplinite la rândul său mai multe condiții:

- *În timpul și pe tot parcursul săvârșirii faptei în stare de beție făptuitorul să se fi găsit în momentul comiterii sub influența de alcool ori de alte substanțe.*

Dacă a durat un interval mai lung de timp activitatea de săvârșire, iar starea de beție nu a existat decât într-o fracțiune a acestui interval, condiția nu va fi îndeplinită. Respectiv, condiția nu poate fi socotită ca satisfăcută, cu atât mai mult în cazul în care starea de beție a existat anterior sau posterior de la momentul săvârșirii faptei infracționale [90, p. 402].

În reglementarea acestei stări, legea face distincție între starea de beție și starea de iresponsabilitate provenită din stare de beție, care a îmbrăcat forme psihopatiche. Dacă beția a căpătat forme psihopatiche, ducând la iresponsabilitatea persoanei, caracterul penal al faptei săvârșite în această stare este înlăturat datorită iresponsabilității [65, p. 273].

- *Anume starea de beție să fi fost accidentată, adică provocată fortuit, independent de voința făptuitorului.*

Accidentabilitatea stării de beție implică excluderea amestecului voinței făptuitorului în provocarea acestei stări. Beția voluntară simplă, atunci când este produsă fără ca persoana să aibă intenția de a se îmbăta, poate constitui o circumstanță atenuantă (art. 76 alin. (1) lit. j) CP RM). Beția voluntară preordinată, adică anume provocată în vederea comiterii faptei constituie o agravantă legală ca circumstanță (art. 77 alin. (1) lit. j) CP RM).

- *Starea de beție să fie completă, și respectiv persoana să nu-și mai dea seama la rândul său de acțiunile sau inacțiunile sale, ori de urmările și de pericolul social al acestora sau să nu poată fi stăpână pe ele.*

Beția completă nu trebuie confundată cu beția comatoasă (letargică), care presupune o absență totală psihică a făptuitorului. Subiectul păstrează un anumit control asupra faptelor sale, altfel nu se explică cum ar putea comite o faptă prevăzută de legea penală. Pentru ca făptuitorul să poată fi tras la răspundere penală, acesta trebuie să aibă o anumită capacitate de a înțelege și de a voi.

- *Fapta săvârșită de persoana aflată în stare de beție să fie incriminată de legea penală.*

Numai în acest mod beția va constitui o cauză care face ca fapta să nu fie infracțiune. Nu are

importanță dacă fapta sa a rămas în faza de tentativă pedepsibilă sau s-a consumat ori dacă făptuitorul este autor, organizator, instigator sau complice. Esențial este ca ea să fie prevăzută de legea penală. Pentru aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical asupra alcoolicilor și narcomanilor în cauza penală sunt necesare următoarele condiții:

1. Aname săvârșirea unei fapte prevăzute de legea penală;
2. Făptuitorul să prezinte pericol pentru societate, să provoace temerea că ar putea săvârși alte fapte care sunt prevăzute de legea penală;
3. Acest pericol este determinat de starea sănătății, condiționată de intoxicația cronică cu alcool sau cu substanțe narcotice.

Intoxicările cronice se analizează în obligatoriu, de către medicii psihiatri, narcologi, experți – specialiști, și respectiv, vor studia orice alterare psiho-fiziologică cu un caracter permanent, proces de asupra căruia aceștia trebuie să se pronunțe fie pentru lipsa contraindicațiilor, fie pentru aplicarea acestor măsuri cu recomandările pentru posibilitățile de tratament medical privitor la făptuitor. Pe făptuitor îl face periculos pentru societate astfel orice modificare a stării normale de sănătate care se datorează maladiei și care presupune acest pericolul social [127, p. 240].

Art. 103 CP RM prevede că: „Poate să se aplice persoanei un tratament medical forțat în caz de săvârșire a acestei persoane care este un alcoolic sau un narcoman a unei infracțiuni dacă există în acest sens avizul medical corespunzător. Iar instanța de judecată, la cerere colectivului de muncă sau a organului de ocrotire a sănătății, ori din oficiu concomitent cu pedeapsa pentru infracțiunea săvârșită, poate obliga la un asemenea tratament medical forțat”. Legea nu cere ca pentru stabilirea unui tratament infracțiunea să fi fost săvârșită în stare de ebrietate sau sub efectul substanțelor narcotice. Este însă necesar ca persoana care să sufere de alcoolism, indiferent de faptul dacă aceasta a săvârșit infracțiunea în stare de ebrietate sau fiind trează.

La maladii psihice sunt supuse persoanele care abuzează de băuturi alcoolice ori consumă ilicit droguri sau alte substanțe psihotrope, iar modul de trimitere la tratament obligatoriu și de spitalizare a bolnavilor de alcoolism cronic, de narcomanie și toxicomanie, cât și bolnavii de maladii psihice, creează familiei greutăți materiale sau provocând, în stare de ebrietate, situații conflictuale în familie sau în locuri publice, și care au fost avertizate ori sancționate, în mod repetat, de factorii organelor de drept, au refuzat benevol asistență consultativă sau curativă în instituțiile medicale teritoriale și care, în urma examenului medical efectuat de comisia de expertiză narcologică, au fost diagnosticate ca fiind bolnave de alcoolism cronic, narcomanie sau toxicomanie [15¹].

Alcoolicul consumă în mod frecvent sau sistematic băuturi alcoolice ceea ce poate duce la o stare maladivă. Narcomanul consumă repetat sau sistematic substanțe narcotice ceea ce îi provoacă dependență. De menționat aici că lacună a legii penale ține de lipsa în ea a unei referiri la toxicomani, care fac abuz de substanțele toxice, ceea ce provoacă o dependență și un efect distructiv asupra sănătății ca și la consumul de substanțe alcoolice și narcotice [15¹].

Astfel, pentru alcoolici și narcomani, instanța de judecată după stabilirea pedepsei se poate indica și aplicarea măsurii de constrângere cu caracter medical. Iar la aplicarea acestei măsuri nu-și va

indica termenul ei și acesta deoarece persoanele care sunt supuse tratamentului forțat în locurile de deținere până la lecuire deplină se vor afla acolo. Se va aplica respectiva măsură și în penitenciare, dacă este necesară continuarea unui astfel de tratament se va dispune executarea ei și după eliberare din localurile de detenție. Astfel că în cazul condamnării cu închisoarea, aceștia vor fi tratați în instituțiile medicale, în conformitate cu prevederile Legii privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și alte substanțe psihotrope, respectiv un tratament forțat al alcoolicilor și narcomanilor. Astfel, de menționat că pentru constatarea faptului precum că făptuitorul s-a aflat în stare de ebrietate patologică, este necesar de avizul medical despre recunoașterea persoanei ca fiind bolnav (de exemplu, de narcomanie sau alcoolism). Avizul medical urmează să conțină constatarea afecțiunii de narcomanie sau alcoolism și necesitatea aplicării tratamentului forțat. Așadar, în dreptul penal, responsabilitatea subiectului activ este considerată ca bază a vinovăției și a răspunderii penale pentru actele infracționale. CP RM, spre deosebire de CP RM din 1961, definește atât responsabilitatea, cât și iresponsabilitatea.

Conform art.22 CP RM, *responsabilitatea este așadar starea psihologică a persoanei respectiv care are o capacitate de a înțelege caracterul social periculos sau prejudiciabil al faptei sale. Dar precum și capacitatea de a-și manifesta voința și a-și dirija acțiunile.*

Omul cu un psihic sănătos este acel care având capacitatea de a gândi, în stare să aprecieze corect actele sale și să aleagă cele mai diverse variante de comportament,. Respectivul comportament să se realizeze în corespundere scopurile și sarcinile pe care și le-a determinat, cu motivele, necesitățile. Comportamentul său este determinat multipli factori externi și alte circumstanțe care îl influențează cum ar fi - de mediu și determină împreună cu procesele interne care au loc în el, trec mereu prin conștiința sa [199, p. 43].

În viziunea autorilor I. Antonean, C. Borodin [175, p. 123-124], responsabilitatea în calitate de semn al subiectului activ al infracțiunii, se manifestă ca o stare psihică a persoanei, care, ținând cont de nivelul său de dezvoltare, respectiv de socializare, vârstă și stare a sănătății psihice în momentul comiterii infracțiunii, constă în aptitudinea sau capacitatea acesteia de a-și da seama de acțiunile sale și de a le conduce, iar în legătură cu aceasta - de a fi supusă respectiv răspunderii penale și pedepsei penale. Responsabilitatea este premisa necesară pentru constituirea subiectului activ al infracțiunii - persoană fizică, precum și pentru stabilirea vinovăției acesteia, tragerea la răspundere penală și pedeapsă penală, conchid și autorii M. Grama, S. Botnaru, A. Șavga, V. Grosu [49, p. 181].

Problematika privind temeiurile răspunderii penale a persoanelor care au săvârșit infracțiuni în stare de ebrietate, prezența în acțiunile lor componentei a conținutului sau de infracțiune este strâns legată de problematica responsabilității, capacității celui care se află în stare de ebrietate de a-și conduce faptele și de a-și da seama de acțiunile sale. Cum se soluționează problema despre responsabilitatea persoanelor care au săvârșit infracțiuni în stare de beție sau ebrietate, mai ales în forma ei cea mai gravă? Mai întâi de toate, reieșind din acțiunea negativă a abuzului de alcool asupra psihicului și comportamentului persoanei, infracțiunile săvârșite în stare gravă de ebrietate au, deseori, o amprentă a agresivității, brutalității, violenței, fapt care contrazice referințele pozitive despre

caracterul celui vinovat, care, însuși venindu-și în fire, nu poate să explice motivele ce l-au impus la săvârșirea infracțiunii însoțite de cruzime. În formele deosebit de grave (atipice), ebrietatea se evidențiază la persoanele care suferă de alcoolism cronic, diferite forme ale epilepsiei care au avut anterior traume cranio-cerebrale. La aceste persoane, chiar și ebrietatea simplă ia unele semne, exterior asemănătoare cu ebrietatea patologică, iar acest fapt îngreunează diferențierea celor două stări, cu atât mai mult că ebrietatea patologică la ei nu este rareori. De aici și un dubiu în privința responsabilității persoanelor care au săvârșit infracțiuni în stare de ebrietate gravă [74, p. 43].

În teoria dreptului penal și în psihiatria judiciară sunt răspândite opinii contradictorii privitor la acest subiect. Autorul I. Ivanov consideră că ebrietatea gravă, cu toate că influențează procesele psihice, nu înlătură responsabilitatea subiectului și persoana care a săvârșit infracțiunea în asemenea stare, în conformitate cu art. 24 CP RM este supusă răspunderii penale pe baze generale [201, p. 52]. Alți autori consideră că cei care au căzut în ebrietate gravă, și-au pierdut responsabilitatea. Cu toate acestea, cei din urmă se străduie să întemeieze responsabilitatea după principiul *actio libera in causa*, conform căruia subiectul se consideră responsabil pentru faptele săvârșite dacă el din proprie vină și-a provocat starea de iresponsabilitate, iar pe urmă a săvârșit infracțiunea.

La studierea acestei probleme, cele mai importante rămân chestiunile despre responsabilitatea persoanelor care *au săvârșit infracțiunea în stare gravă de ebrietate*, despre limitele dintre *ebrietate simplă și ebrietatea patologică*. Aceste dificultăți sunt condiționate de cercetarea nesatisfăcătoare a activității psihologice a omului, a reglării comportamentului său, acțiunii alcoolului asupra psihicului. Deși alcoolul acționează asupra psihicului, dereglându-l, dezechilibrând omul, totuși studiile savanților, sondajele organelor judiciare oferă temei de a afirma că persoanele în stare de ebrietate, majoritatea lor covârșitoare, își dau seama de cele ce fac, se orientează destul de bine în situația concretă și își pot dirija acțiunile. De aceea, în conformitate cu art. 24 CP RM, persoana care a săvârșit o infracțiune în stare de ebrietate nu este liberată de responsabilitatea penală. Excepție fac cazurile de ebrietate patologică, psihozele alcoolice și cazurile de ebrietate a alienațiilor mintali, când factorul responsabilității nu este condiționat de beție, ci de lezarea creierului. Or, conform art. 23 CP al RM: „*Persoana care se afla în stare de iresponsabilitate nu este pasibilă de răspundere penală care, în timpul săvârșirii unei fapte prejudiciabile, nu putea să le dirijeze cu acțiunile ori inacțiunile sale, sau aceasta nu putea să-și dea seama de ele, dacă la comiterea fetei sale le-a comis din cauza unei boli psihice cronic sau a unei tulburări psihice temporare sau a altei stări patologice*”. Iresponsabilitatea, menționează R. Miheev, este o stare maladivă a psihicului, care dereglează funcția reflectorie a creierului, în urma căruia fapt se pierde capacitatea principală a conștiinței - conștientizarea. Deci, persoana iresponsabilă nu este subiect activ al infracțiunii și, după cum rezultă din conținutul art. 23 CP RM nu este pasibilă de răspundere penală.

Noțiunea de iresponsabilitate, ca și cea de responsabilitate, este construită pe baza combinației a două criterii: medical (biologic) și juridic (psihologic). Respectiv, pentru a recunoaște un individ iresponsabil, instanța de judecată, ținând cont de rezultatele expertizei psihiatrice, trebuie să stabilească prezența ambilor criterii în timpul săvârșirii infracțiunii. Criteriul medical invocă la faptul că caracterul maladiv al dereglărilor psihice ale individului, dereglările psihice care nu poartă

un caracter maladiv (de exemplu, starea de afect - stare emoțională puternică de ură, frică nu exclude responsabilitatea). Starea de afect fiziologic, prin care conștiința persoanei este restrânsă, iar capacitatea de a stăpâni actele este limitată, nu reprezintă o dereglare maladivă a psihicului, din care cauză nu determină iresponsabilitatea, ci poate doar atenua răspunderea penală și pedeapsa penală. Pentru a identifica criteriul medical este necesar a constata cel puțin unul dintre tipurile de dereglări psihice indicate în lege. Bolile psihice cronice au un caracter îndelungat și sunt practic incurabile: epilepsia, psihoza, schizofrenia etc. Tulburările psihice temporale decurg, o perioadă mai puțin îndelungată și sunt curabile. Aceste tulburări pot purta un caracter episodic, pot apărea la persoane care nu suferă de maladii psihice. Ele sunt afectul patologic, stare de ebrietate patologică, psihozele alcoolice etc. O altă stare patologică presupune o alterare a psihicului. Aici pot fi incluse unele forme grave ale psihopatiei, schimbarea psihică a personalității la surdomuți sau orbi, dereglările neuropsihice la narcomani în timpul abinenței etc.

Simpla constatare a criteriului medical nu este suficientă pentru recunoașterea responsabilității individului. Aceasta trebuie să fie completată de criteriul juridic. Criteriul juridic (psihologic) constă în incapacitatea persoanei, în momentul săvârșirii infracțiunii, de a conștientiza caracterul de fapt și pericolul social al comportamentului său, adică a infractorului, și de a-l dirija. Pentru a recunoaște persoana iresponsabilă este suficientă prezența doar a unuia dintre aceste semne, cu condiția că el să fie determinat de criteriul medical. Iresponsabilitatea trebuie evaluată de fiecare dată în raport cu o anumită faptă sau situație. Nimeni nu poate fi recunoscut iresponsabil în genere, fără a avea o tangență cu cele comise [Уголовный Кодекс Грузии, принят 22.07.1999, введен в действие с 01.01.2001. Санкт-Петербург: Юридический Пресс Центр, 2002, p. 275]. După cum rezultă din art. 23 alin. (2) CP RM, se instituie un regim diferit persoanelor care au devenit iresponsabile în momentul săvârșirii infracțiunii. Conform acestei norme: *„Nu este pasibilă de pedeapsă persoana care, deși a săvârșit infracțiunea în stare de responsabilitate, înainte de pronunțarea sentinței de către instanța de judecată s-a îmbolnăvit de o boală psihică ... devenind iresponsabilă. Față de o asemenea persoană, în baza hotărârii instanței de judecată, pot fi aplicate măsuri de constrângere cu caracter medical, iar după însănătoșire – ea poate fi supusă pedepsei”*.

În dreptul penal, „responsabilitatea – iresponsabilitatea” - ca noțiuni juridice, care caracterizează starea psihologică a subiectului în timpul săvârșirii infracțiunilor, se elaborează luându-se în considerație rezultatele examinării clinice și, principal, de psihiatria judiciară.

Mai întâi trebuie de examinat problema din punct de vedere al medicinei. Medicii psihiatri reies din faptul că starea *ebrietății simple* nu este o boală sufletească și nu poate condiționa iresponsabilitatea. Deoarece ebrietatea simplă și ebrietatea patologică au anumite semne exterioare similare, ele necesită a fi determinate prin metoda studierii și comparării. Autorii care au studiat această problematică menționează că dacă am exclude simptomele de boli psihotice, proprii ebrietății patologice (halucinații, automatism, idei), atunci aproximativ toate celelalte semne (agresivitatea, brutalitatea, amneziile) au loc și la ebrietatea simplă, cu toate că este o deosebire calitativă. Nu putem fi de acord cu opinia autorilor ruși A. Buneev, I. Calaișnicov etc., care

consideră că starea de ebrietate nu poate fi patologică. Această opinie a autorilor citați nu este justificată, deoarece, după cum menționează N. Leichina, nu se iau în considerație factorii medicali și clinici, dar opiniile se bazează strict pe norma penală [182, pp. 72-76]. Din aceste rațiuni, concluzia cu privire la responsabilitatea persoanelor despre care se vorbește în art. 24 CP RM poate fi mai bine înțeleasă, analizându-se semnele clinice ale ebrietății simple și patologice, deosebirea dintre ele.

Termenul de aflare în instituția de adaptare socială este stabilit prin hotărâre judecătorească. În caz de contraindicații pentru trimiterea bolnavilor în instituțiile de adaptare socială ale Ministerului Justiției este aprobată de Ministerul Sănătății.

Art. 103 din CP al RM enumera organele care dispun de dreptul exclusiv de a cere aplicarea față de alcoolici și narcomani a măsurilor de constrângere cu caracter medical - instanța de judecată din oficiu, colectivul de muncă sau organul de ocrotire a sănătății la cererea respectivă a acestora.

Alcoolicii și narcomanii condamnați la pedepse neprivative de libertate sunt supuși unui tratament forțat în instituțiile medicale cu regim special (alin. (2) al art. 103 din CP al RM). Dacă aceste persoane au fost condamnate la închisoare, ele sunt supuse unui tratament medical forțat în timpul executării pedepsei, iar după eliberarea din locurile de deținere, dacă este necesară continuarea unui astfel de tratament, ele vor fi tratate în instituții medicale cu regim special (alin. (3) al art. 103 din CP al RM) - instituțiile narcologice.

La stabilirea tratamentului medical forțat instanța nu indică termenul acestuia, deoarece măsura respectivă este revocată odată cu decăderea cauzelor care au stat la baza aplicării lui. Instanța de judecată competentă (art. 503 din CPP al RM) soluționează chestiunea privind încetarea tratamentului medical forțat la propunerea instituției medicale în care se tratează persoana respectivă. Soluționarea acestei întrebări depinde nu numai de simplul fapt al trecerii tratamentului medical forțat, ci și de constatarea faptului că o continuare a acestui tratament nu mai este necesară. Astfel, drept temei pentru încetarea tratamentului medical forțat servește efectuarea acestui tratament și dispariția pericolului săvârșirii de noi infracțiuni care ar fi condiționate de alcoolism.

Dacă infracțiunea a fost săvârșită de o persoană care face abuz de alcool și prin aceasta își pune familia într-o situație materială grea, instanța de judecată, concomitent cu aplicarea pedepsei neprivative de libertate pentru infracțiunea săvârșită, este în drept, la cererea colectivului de muncă sau a rudelor apropiate ale persoanei în cauză, să o pună sub curatelă. Astfel, pe baza alin. (5) al art. 103 din CP al RM, instanța de judecată are dreptul să declare persoana care abuzează de alcool drept limitată în capacitatea de exercițiu, ceea ce presupune instituirea curatei. Curatelă reprezintă instituirea unui control asupra persoanei declarate drept limitată în capacitatea de exercițiu la exercitarea de către aceasta a drepturilor și obligațiilor sale.

Curatelă asupra unui alcoolic poate fi instituită numai în cazul condamnării lui la o pedeapsă neprivativă de libertate și trebuie să consistă în controlul utilizării de către cel pus sub curatelă a drepturilor sale patrimoniale în conformitate cu interesele întregii familii. Dreptul de a solicita punerea sub curatelă a persoanei care abuzează de alcool îl au colectivul de muncă sau rudele

apropiate ale persoanei (părinții, copiii, frații, surorile).

Ca și în cazul alin. (1) al art. 103, și respectiva prevedere legală conține și ea o lacună conform căreia doar persoanele care fac abuz de alcool pot fi puse sub curatelă. În vederea obținerii unei coerențe cu alte norme legale, în special cu art. 34 din CC și cu legea privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope, cercul de persoane vizate de norma respectivă trebuie extins și asupra narcomanilor și toxicomanilor.

În afară de instituțiile narcologice, în sistemul sănătății al R. Moldova, există unități curativ-diagnostice, care au drept scop acordarea asistenței medicale persoanelor în stare de ebrietate alcoolică sau narcotică de gradul mediu și avansat ce poartă denumirea de Centrul de dezintoxicare medicală și fac parte din cadrul instituțiilor medicale subordonate Ministerului Sănătății (în continuare - Centrul de dezintoxicare). Acest centru este creat în temeiul prevederilor Legii privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și alte substanțe psihotrope nr.713 din 2001. Centrul de dezintoxicare este subdiviziune curativ-diagnostică a instituțiilor medicale abilitate în teritoriu cu funcția de terapie intensivă.

Persoanele în stare de ebrietate alcoolică sau cu efect al drogurilor care, potrivit avizului comisiei specificate în punctul 13 al prezentului regulament, nu au nevoie de asistență medicală urgentă, dar prezintă, prin comportamentul lor, pericol pentru viața și sănătatea proprie sau a celor din jur, pot fi reținute în centrele medicale de dezalcoolizare ale Ministerului Afacerilor Interne cel mult 24 ore.

Atragem atenția și instituției de reabilitare socială a organelor de interne a R. Moldova ce execută hotărârile instanțelor judecătorești cu privire la educația prin muncă și tratamentul bolnavilor de alcoolism cronic, de narcomanie sau toxicomanie, care încalcă permanent ordinea publică și drepturile altor persoane. Concomitent, instituția sus-numită aplică tratamentul necesar (în staționar sau la dispensar) și persoanelor care s-au adresat benevol și au dorit, în unele cazuri, să rămână anonime. Instituția se află în subordonarea directă a Ministerului Justiției al Republicii Moldova, conform Regulamentului instituției de reabilitare socială ale sistemului penitenciar al Ministerului Justiției al RM [15¹].

Organizarea și supravegherea procesului de tratament profilactic se încredințează serviciului medical a Departamentului instituțiilor penitenciare al Ministerului Justiției. Ajutorul metodic necesar în vederea asigurării procesului de tratament îl acordă instituțiile curativ-profilactice specializate ale Ministerului Sănătății al Republicii Moldova.

Instituția dată are următoarele atribuții:

a) restabilirea și consolidarea deprinderilor de muncă ale persoanelor aflate la întreținerea instituției, însușirea unor specialități în cazul lipsei acesteia;

b) reducerea persoanelor întreținute în spiritul executării stricte a legilor și respectării drepturilor altor persoane;

c) consolidarea relațiilor familiale, formarea imunității față de influența negativă a mediului social, educarea capacităților de control și verificare a propriei conduite;

d) formarea unor convingeri ferme despre necesitatea imperioasă a tratamentului

alcoolismului și narcomaniei.

Pentru a îndeplini sarcinile date instituția de reabilitare folosește următoarele metode principale de realizare a scopurilor instituției de reabilitare socială:

- 1) aplicarea unui complex de măsuri de ordin educativ și medical, a altor măsuri de asanare;
- 2) încadrarea pacienților în munca social-utilă;
- 1) instruirea tehnică profesională;
- 3) respectarea regimului de întreținere.

În instituția de reabilitare socială pacienților li se acordă asistența medicală calificată, în toate cazurile de boală, efectuându-se totodată, întregul complex de măsuri curative, profilactice, sanitare și antiepidemice, conform legislației cu privire la ocrotirea sănătății.

Tratamentul special antialcoolic în instituția de reabilitare socială se efectuează în baza consimțământului benevol al pacientului, după prevederile legislației cu privire la ocrotirea sănătății, precum și conform ordinelor, indicațiilor și recomandărilor metodice ale Ministerului Sănătății al Republicii Moldova.

În cazul când pacientul refuză să execute prescripțiile sanitare și antiepidemice prevăzute, el este silit, în caz de necesitate, să se supună. În instituția de reabilitare socială sunt create servicii curative și profilactice, în competența cărora intră organizarea activității curativ-profilactice, asigurarea regimului sanitar și antiepidemic. Dacă persoanele întreținute în instituție au nevoie de asistență medicală specială, urmează să se apeleze la instituțiile curativ-profilactice respective ale organelor de ocrotire a sănătății.

Tratamentul forțat, chiar și în locurile de detenție nu întotdeauna își ajunge scopul pentru că și acolo pătrund băuturile spirtoase și consumarea alcoolului ocupă cam primul loc în ce prevede încălcările regimului.

Autorii penaliști ruși [Curs de drept penal sovietic, Moscova 1970, Vol. 3, pag. 335] consideră, că dacă a fost săvârșită o infracțiune de către un alcoolic sau un narcoman atunci în fața societății apare nu numai problema de corectare și reeducare a acestor infractori, dar și înlăturarea acestor activități, deoarece alcoolismul și narcomania în majoritatea cazurilor duc la infracțiune. De regulă alcoolicii și narcomanii sunt oameni bolnavi cu dereglări psihice. Deci legislația penală prevede posibilitatea aplicării măsurilor de constrângere cu caracter medical alcoollicilor și narcomanilor.

Persoanele supuse pedepsei penale, care nu este legată de privațiune de libertate, sunt concomitent supuse și unor măsuri de constrângere cu caracter medical în instituțiile cu regim special sau de muncă.

Tratarea forțată a alcoollicilor, după părerea lui I. M. Kalașnik, trebuie stabilite cazurile:

- Absenței autocontrolului în timpul întrebuințării băuturilor spirtoase;
- Apariției slăbiciunilor, tremurul degetelor mâinii, lipsei poftei de mâncare, insomnie, lipsa dispoziției, degradării sociale a feței, schimbării comportamentului în familie, la lucru etc.

Legislația penală a RM prevede posibilitatea aplicării măsurilor de constrângere cu caracter

medical alcoolicii și narcomanilor. Aceste măsuri sunt prevăzute de art. 104 CP al RM, în care se menționează că dacă un alcoolic sau un narcoman a săvârșit infracțiune și există avizul medical, instanța de judecată, la cererea organizației obștești, a colectivului de muncă, a judecății tovărășești, a organului de ocrotire a sănătății sau din proprie inițiativă, paralel cu pedeapsa pentru infracțiunea săvârșită, poate să aplice unor asemenea persoane tratamentul medical forțat.

Persoanele sus-numite, fiind condamnate la pedepse neprivative de libertate vor fi supuse unui tratament forțat în instituții medicale cu regim special de tratament și muncă.

Dacă infracțiunea a fost săvârșită de o persoană care abuzează de băuturi spirtoase și prin aceasta își pune familia într-o stare materială grea, instanța de judecată, paralel cu aplicarea pedepsei neprivative de libertate pentru („Codul Penal al Republicii Moldova art. 104”) infracțiunea săvârșită, este în drept, ca la cererea organizației obștești, a colectivului de muncă sau a judecății tovărășești s-a pună sub curatelă. Noțiunea de alcoolic are aspect social și aspect medical.

O persoană poate fi considerată drept alcoolică de o comisie de medici narcologi, dar mai ales în cursul expertizei de psihiatrie judiciară.

Hotărârea privind aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical unui alcoolic recunoscut responsabil o ia instanța de judecată odată cu pronunțarea sentinței.

În condițiile coloniilor de corecție prin muncă, alcoolicii și narcomanii sunt supuși unui tratament antialcoolic la secțiile medicale ale coloniilor. Tratamentul forțat nu trebuie înțeles precum, că fiecare pastilă, fiecare injecție sunt administrate bolnavilor prin forță fizică sau psihică. Dimpotrivă, majoritatea bolnavilor urmează tratamentul în mod benevol, fiindcă de acest lucru depinde, în primul rând, posibilitatea de anulare a acestor măsuri și de a fi eliberați condiționat de pedeapsă.

Refuzul sau eschivarea de la tratament sunt calificate drept încălcare a regimului, după pot urma anumite sancțiuni disciplinare și prelungirea tratamentului.

Scopurile pedepsei aplicate alcoolicii nu pot fi atinse fără tratament efectiv antialcoolic, dar dificultățile constau în aceea, că încă nu există medicamente a căror folosire ar garanta însănătoșirea deplină a bolnavilor, situația se complică și prin criza economică și lipsa medicamentelor necesare.

Pentru alcoolicii mai tineri, mai puțin degradați, pentru toți alcoolicii în genere, o mare importanță o are izolarea strictă în colonii, care ar face imposibilă folosirea de către ei a băuturilor spirtoase, inclus a surogatelor alcoolice [37].

În scopul urmării cazurilor de aducere ilegală în colonii a băuturilor alcoolice și a narcoticilor, în 1987 Codul Penal al R. Moldova a fost completat cu art. 2004, care pentru astfel de infracțiuni prevede o pedeapsă de până la 2 ani privațiune de libertate sau la muncă corecțională pe același termen.

Aplicarea de către judecată a măsurilor de constrângere cu caracter medical alcoolicii, care au săvârșit infracțiuni, au consecințe grave pentru ei. Conform art. 241 CP R Moldova, al. 3, condamnarea la privațiune de libertate cu suspendarea executării pedepsei și atragerea obligatorie a condamnatului la muncă nu se aplică persoanelor, cărora pe lângă pedeapsa pentru infracțiunea săvârșită, li se aplică măsuri de tratament forțat de alcoolism, narcomanie, (sau toxicomanie), precum și persoanelor, care nu au terminat seria deplină de tratament a unei boli venerice.

Conform Decretului Președintelui Republicii Moldova din 14 iunie 1991 „Cu privire la amnistia în legătură cu aniversarea adoptării Declarației Suveranității Republicii Moldova”, amnistia n-a fost aplicată față de persoanele, care n-au făcut o cură deplină de tratament antialcoolic, de narcomanie, (toxicomanie) și de boli venerice.

Aceleași reguli ar trebui aplicate în toate cazurile de lichidare de pedeapsă penală, prevăzute de Lege (art. 48-52 al RM).

Alcoolicilor condamnați la pedepse neprivative de libertate, cărora judecata le-a aplicat tratament forțat, pot urma acest tratament în instituțiile narcologice ale Ministerului Ocrotirii Sănătății.

Temeiurile și modul de trimitere a bolnavilor la tratament obligatoriu în instituțiile narcologice sunt prevăzute de Legea RM din 7 februarie 1991 „Cu privire la reabilitarea socială a bolnavilor de alcoolism cronic, de narcomanie sau de toxicomanie” se efectuează pe principiul benevol, ambulatoriu sau sanitar în instituțiile curativ-profilactice ale Ministerului Ocrotirii Sănătății al RM.

Art. 5 al acestei legi prevede, că bolnavii care se eschivează de la tratamentul benevol și continuă beția după cura (tratamentului) la care au fost supuse urmează a fi trimiși la tratament obligatoriu în instituțiile narcologice la organele de ocrotire a sănătății pe un termen de 4 luni.

Ei sunt aduși aici de aceste organe și de poliție. Bolnavii care suferă de alcoolism cronic, de narcomanie sau toxicomanie și, care încalcă în mod sistematic ordinea publică sau drepturile celorlalți cetățeni, sunt trimise la educație prin muncă și tratament benevol în instituțiile de reabilitare socială ale Ministerului Afacerilor Interne al RM. Pentru prima dată alcoolicii sunt întreținuți de la 6 luni până la un an, iar persoanele trimise repetat până la 2 ani.

Limitarea drepturilor și libertăților bolnavilor se face de către instanța de judecată concomitent cu pronunțarea hotărârii cu privire la transmiterea persoanei concrete la educație prin muncă și la tratament medical în instituțiile de reabilitare socială a organelor afacerilor interne.

Art. 6: Termenul tratamentului obligatoriu al bolnavilor, care îndeplinesc în mod conștiincios toate prescripțiile medicale în perioada tratamentului în cazul în care ei au orientări stabile spre un mod de voință treaz și în condițiile unui suficient de adoptare socială a lor, poate fi redus în baza unui raport al comisiei medicale.

Art. 12: Termenul aflării bolnavului în instituția de reabilitare socială a organelor afacerilor interne se calculează din ziua sosirii lui în această instituție. În termenul aflării nu se include timpul în care el a lipsit din această instituție fără motive întemeiate.

Art. 15: Bolnavii, care au fost supuși tratamentului medical benevol de alcoolism, narcomanie sau toxicomanie în instituțiile de reabilitare socială ale organelor afacerilor interne, după ieșirea lor din aceste instituții, sunt datori să se înregistreze în instituțiile narcologice ale organelor de ocrotire a sănătății de la locul de trai și să urmeze în ele un tratament de întreținere în modul stabilit de Ministerul Sănătății al RM.

Regulile acestei legi sunt detaliate și concretizate în ordinul Ministrului Afacerilor Interne al RM nr. 216 din 5 iulie 1991 „Cu privire la anunțarea actelor normative care reglementează activitatea instituțiilor de reabilitare socială a organelor de interne ale RM”.

Iată unele exemple de săvârșire a infracțiunii de o persoană în stare de ebrietate, adică din cauza abuzului de alcool.

Constantin D., în vârstă de 20 ani de ani din s. Codreanca, r-l Strășeni a învățat într-un tehnicum din Chișinău, de unde a fost exmatriculat pentru absențe nemotivate, restanțe, încălcări de disciplină. Dar și după aceea el deseori venea la cămin în stare de ebrietate. Într-o zi el și-a făcut „plăcerea” de a le muștrului pe fetele speriate. Le-a aliniat ostășește și le-a „servit” câte o palmă, dar cel mai tare a bătut-o pe fata, care nu voia să prietenească cu dânsul. Pentru huliganismul agravant el a fost condamnat la 3 ani privațiune de libertate.

Alcoolicul cronic Vsevolod B., care fiind mereu dacă nu turmentat, cel puțin veșnic mahmur, își dădea pe față gelozia stingându-și soția în bătăi. La o beție ordinară, urmată de tradiționalul scandal, el s-a repezit cu cuțitul asupra soției, provocându-i leziuni corporale grave.

Judecata a calificat acțiunile lui B., conform art. 151 al. 2 CP al RM (pentru că i-a pricinuit soției sale leziuni corporale grave și din cauza bătăilor sistematice până la schinjuire) și la condamnat la 4 ani privațiune de libertate într-o colonie de corecție prin muncă cu regim aspru.

Expertiza de psihiatrie judiciară la recunoscut pe B. responsabil de cele săvârșite de el și i-a prescris tratament forțat de alcoolism, care a și fost aplicată de judecată.

Cetățeanul Ion S., în stare de delirism trimens (delir alcoolic), aflându-se la volanul automobilului propriu pe magistrala Dubăsari-Tiraspol s-a ciocnit cu o mașină ce venea în întâmpinarea sa.

Ca rezultat: un deces și 5 oameni gravi răniți, inclusiv Ion S., cu soția sa.

Expertiza judiciară de psihiatrie l-a recunoscut pe Ion S., iresponsabil, fiindcă în momentul săvârșirii infracțiunii el se afla în stare de psihoză (delir) alcoolic, și a fost tratat forțat.

Tratamentul obligatoriu (forțat) de alcoolism, narcomanie, toxicomanie, are o mare însemnătate preventivă de profilaxie, deoarece din cauza alcoolismului și a abuzului de băuturii spirtoase sunt comise 63% de omoruri intenționate, 75% de leziuni corporale, 69% de violuri, 78% de jafuri și tâlhării, 85% acte de huliganism etc.

3.3. „Entitățile psihice” ale personalității în limitele normal-patologice

Personalitatea umană abordată în contextul normal-patologic ne trimite, evident, la problema calitativului sau cantitativului, respectiv a continuității și/sau a discontinuității, și toate acestea când ne referim fie la sfera fenomenelor și a proceselor psihice. Renumitul Freud, afirmă încă din textele în lucrările sale „pre și psiho-analitice”, cu privire la noțiunile sau aspectul cantitativ al excitațiilor (externe și interne), enunță și expune în ansamblu, coraportul *dintre fenomenele normale și fenomenele patologice* dar și continuitatea lor. Este imposibil, la ziua de azi, de a se trasa o linie netedă de delimitare sau demarcație între noțiunile de patologie și normal de realizat practic este imposibil, în cea mai mare măsură, este, de asemenea, cu mult mai dificil să aprecieze și un criteriu ce ar putea să stea la baza acestei delimitări sau distincții.

Starea de normalitate după cum știm nu are un caracter unidimensional și absolut, aceasta presupune un anume rezultat al variațiilor unui continuum bipolar și de-a lungul timpului. Astfel, cu cât acest spectru de variabilitate este unul mai mare, respectiv, cu atât și starea normalității este mai greu de apreciat și de definit după cum știm și are respectiv un caracter relativ; și bineînțeles invers este la fel. Dacă privim, din acest punct de vedere între ceea ce este apreciată această stare „normalitate psihică” și „normalitate biologică”, se atestă că există uneori mari diferențe. Respectiv, sub aspect somatic, afirmă autorul, variațiile fiind minime marja normalității este mai ușor de definit; totodată și în schimb, variabilitatea proceselor psihice este mult mai extinsă în domeniul psihicului uman, deci și, în consecință, această stare de normalitate după cum se vede devine una din ce în ce mai greu de apreciat și respectiv rămâne a fi doar una relativă (M. Golu, 2002, p. 78).

Două criterii în psihopatologia modernă au fost propuse (*Tratatul de psihiatrie Oxford, 1994*), și anume care ar putea fi, la rândul său, diferența normalul de patologic: altul *social* și unul *statistic*. Personalitățile anormale reprezintă conform variației cantitative față de normal, respectiv, conform acestui criteriu statistic, iar limita de delimitare sau cea de separație dintre patologic și normal care după cum știm este decisă la rândul său printr-un scor de departajare. Pe cazurile individuale se pune accentul că, în psihologia clinică, este limitată valoarea aplicativă a acestui criteriu. Concepute, drept variații calitative ale normalului, personalitățile anormale conform celui de-al doilea criteriu. Astfel că delimitarea, cu caracter clar și/sau arbitrar este determinată mai degrabă de *criterii sociale*. Adică mai mult o departajare statistică în această situație sau se va realiza mai mult acest caz.

Așadar, utilizarea noțiunii de „ficțiune directoare” sau „realitate fictivă” Adler o abordează la rândul său în aceste două moduri. Ca principiu metodologic mai întâi; și respectiv el își prezintă psihologia ca fiind „un sistem de ficțiuni”. Totul se petrece eventual sau cum se mai spune „ca și cum” unde individul ar încerca să-și compenseze inferioritatea primitivă pe parcursul întregii vieți; aplicată la nevroză anume această ficțiune se enunță sau se manifestă că: totul se petrece „ca și cum”, adică mai bine zis, nevroticul ar avea un așa-zis scop fictiv care-i conduce sau îi dirijează pe întregul comportament, și determină respectiv, modul său de a fi. Noțiunea de „ficțiune” Adler o utilizează pentru a explica așa-zisul *natura personajului* pe care el îl „descrie și îl construiește” un individ pentru a face față, într-un mod inadapabil unei situații de viață. Acest autor nota, de fapt de altfel, că o anume o boală psihică care de fapt este o „expresie a unei realități fictive a individului” care este elaborată de către acest bolnav pentru a se proteja și respectiv pentru o „acomodare în favoarea sa o situație care nu îi convine, îi displace”. Adler face distincția cu toate acestea, dintre nevroză sau psihoză și „ficțiunea directoare” cu rol adaptiv, care este de fapt *personajul* (A. Adler, 1970, p. 192).

Formele și tipurile de manifestare ale inconștientului sunt deosebite și impresionante. Bolile simulate în acest mod, dovadă sunt care și face să constituie ca o mască de protecție a bolnavului după care acesta se ascunde, și la fel ascunde poate multe din misterele propriei sale vieți, a căror extensie la rândul său și este imposibil de conceput în mod respectiv, „ca și cum a face”, „ca și cum a fi”, sunt de fapt care și exprimă o trebuință de a „împrumuta” la rândul său atât altuia,

cât și imaginea despre sine și acestea de fapt și constituie simptomele nevrozei. Acest așa-zis „altul” și intră în conflict cu propriul Eu, pe care de fapt și îl fascinează și îl subjugă totodată. Se primește în acest mod, o dublă posesiune care interferează cu propriul Eu, care de fapt și apare ca fiind un alt Eu. Respectiv, nevroticul are conștiința de sine care de fapt este „stăpânită de un altul”, prezent în sine, și respectiv, cu o anume, falsă istorie de viață.

La rândul său „caracterele nevrotice” corespund cu ceea ce în psihanaliza se numește **personalitățile nevrotice**. Acest caracter al nevroticului se distinge de nevroză prin absența simptomelor și prin prezența izolată a unor „mecanisme de apărare ale propriului său caracter”, care constituie pentru acest subiect o protecție ca o „carapace” și care și determină un anumit stil al acestui comportament.

Aceste „trăsături de caracter” sunt, de fapt, „modalități de apărare”, preventive sau reacționale, cele mai obișnuite ale subiectului, orientate împotriva conflictelor intra-psihice sau exterioare. Ele sunt trăsături constante care pot da o finalitate a unei „rețele de pulsuni, sublimări sau formații reacționale [36].

În constatarea tipologică a nevroticilor se ia ca bază stadiile de dezvoltare libidinală, care are ca obiect fixațiile obsesive sau mecanismele de apărare ale Eului într-un fel preferențial și stereotip în scopul rezolvării conflictelor intrapsihice. Se izolează, în acest sens, următoarele tipuri de caractere:

1. Tipul așa-zisul, oral este specific personalităților isterice, cu trăsături pasive și de dependență afectivă, acest tip de personalitate histrionică fiind mai apropiat de conflictul oedipien.
2. Așa-zisul, tipul anal corespunde personalităților psihastenico-obsesionale.
3. Așa-zisul, tipul falic-narcisic este datorat formațiilor reacționale legate de teama de castrare și de fixarea la stadiul falic al dezvoltării cu hipervalorizarea penisului.
4. Așa-zisul, tipul masochist moral regroupează tendințele autopunitive și conduitele de eșec, aspecte care traduc o culpabilitate inconștientă generată de conflictul oedipien.

Personalitățile isterice și dependente:

P. Janet leagă patologia isterică de tipul mitomaniac, pe când K.Schneider vorbește referitor la isterici că sunt psihopați care au nevoie de a se pune în valoare pe ei înșiși.

Personalitatea de tip isteric a fost pe larg descrisă la femei. Ea este caracterizată prin următoarele „trăsături psihopatologice”:

- 1) histrionismul, facilitatea afectelor,
- 1) modelul de gândire dominat de imaginație,
- 2) reactivitatea emoțională cu hiperemotivitate și impulsivitate,
- 3) sugestibilitate crescută și mitomanie,
- 4) dependență afectivă,
- 5) tulburări de dinamică sexuală (frigiditate, indiferență, dezgust), în ce privește personalitatea de tip isteric la bărbați.

Th. Lemperiere deosebește două forme:

- a) *Bărbatul histrion*: bun actor, se confundă cu stereotipul sexului său. Histrionismul se asociază

cu o stare de dezechilibru psihic, instabilitate, un tip de existență parazitară, afaceri frauduloase, fenomene astenice, dureri diverse ca localizare și intensitate, simptome de tip deficitar.

b) *Bărbatul pasiv-dependent* este tipul imatur care-și controlează cu greutate emoțiile, inhibat în viața socială, incapabil pentru o acțiune competitivă.

În grupul de personalități patologice de mai jos, distingem următoarele varietăți:

a) *Personalitatea histrionică* se caracterizează prin următoarele tipuri de manifestări: este percepută de ceilalți ca superficială și lipsită de autenticitate în pofida unei aparențe de căldură și de farmec personal; egocentric, preocupat de sine, indiferent față de alții, vanitos și exigent, dependent, slab, neliniștit, înclinat către amenințări, gesturi sau tentative de suicid în scop de manipulare pentru obținerea unor avantaje personale de la alții.

b) *Personalitatea dependentă* se caracterizează prin următoarele: incapabili de autonomie, se bazează pe ajutorul altora; incapabili de a-și asuma responsabilitatea; dependența de alte persoane pentru a se simți la adăpost, lipsa de încredere în sine, sentimentul că sunt abandonați.

c) *Personalitatea pasiv-agresivă* este caracterizată prin următoarele trăsături psihopatologice: incapacitatea de a desfășura o activitate adecvată din punct de vedere profesional și social; rezistență în acțiuni, încăpățănare, pierdere de timp, ineficacitate deliberată, uitări nejustificate; ineficacitate durabilă și globală în plan social și profesional, persistența acestui tip de comportament, mai sus menționat, chiar și atunci când circumstanțele sunt asigurate, eficiente și posibile.

Personalitatea paranoică. Acestui tip ca trăsătura fundamentală de personalitate este reprezentată prin hipertrofia propriului Eu. Constituția paranoică este caracterizată prin prezența următoarelor elemente psihopatologice:

a) dacă vorbim de egocentrism cu hipertrofia Eului care determină dezvoltarea orgoliului și a unor sentimente de superioritate personale în raport cu alte persoane,

b) totodată constatăm cu dispoziție incertă, cu neîncredere, tendința la suspiciune ostilă față de anturaj și interpretări răuvoitoare față de ceilalți,

c) respectiv în această situație apreciem și falsitatea judecății, așa-zisele cu paralogisme ireductibile, adică, responsabile de interpretări eronate care după cum se vede vor constitui premisele unui sistem de gândire de factură delirantă, fie de persecuție, de grandoare sau cu o altă tematică bine conturată cu caracteristicile respective.

E. Kretschmer a elucidat următoarele aspecte psiho-patologice particulare ale tipurilor de personalitate paranoică:

Și anume personalitatea paranoică combativă este descrisă că ar corespunde tipului de *personalitate virulentă* descrisă de către autorul E. Kraepelin și a personalității paranoice și anume din psihiatria franceză. Din acest punct de vedere psihopatologic acest tip descris este dominat de aspectul virulent și fanatic.

Personalitatea paranoică submisivă, la rândul său, corespunde tipului de *personalitate fanatică ternă*, care și este descrisă de K. Schneider. Care atestă că trăsăturile sale psihopatologice îi sunt caracteristice respectiv următoarele: lupta pentru o idee sau pentru un ideal, originalitate și,

respectiv, izolare.

După cum știm, *personalitatea senzitivă* diferă de precedentele. Personalitățile sensibile sau senzitive, sunt de fapt „acele naturi care, de fapt nu numai că sunt profund impresionabile de experiențele trăite, ci care le elaborează îndelung și cu o profunzime, fără a lăsa să se întrevadă, să se strecoare ceva în afara lor” [36].

Personalitățile psih-astenic-obsesionale sau compulsive în această categorie de personalități anormale sunt incluse următoarele aspecte psihopatologice:

Personalitatea obsesională sau compulsivă. Acești indivizi au tendința de a verifica orice lucru, de a-și ritualiza activitățile, se îndoiesc permanent și își frământă și ideile într-o manieră obsesivă. Sunt persoane dominate de contrarietăți în conduite și acțiuni. Modul lor de gândire evocă un tip de funcționare de natură „magică”.

Personalitatea psihastenică se caracterizează prin tendința la scrupule și inhibiție afectivă. Orice sau oricare fel de decizie care de fapt este legată de concret sau de realitate, precum și perceperea realului sau privind orice activitate, reclamă un efort psihologic important, resimțit în mod penibil de către acest subiect.

Aceștia sunt persoane, la rândul său, scrupuloase și care într-un mod permanent înclinate către o anume introspecție. Orice acțiune din partea lor cere după cum se vede un anume efort penibil. Acestea după cum se vede, sunt persoane meticuloase, mai lente sau unele serioase, care se complac într-un moralism rigid și o abstractizare foarte riguroasă.

a. După cum i se spune: *caracterul anal*, descris de S. Freud, este un tip patologic de caracter, care rezultă din formațiile reacționale care sunt orientate către pulsunile anale. Din punct de vedere psiho-patologic aceasta se caracterizează prin următoarele: economie, ordine sau punctualitate, încăpățănare sau automatism rigid.

b. Așa-numita: *personalitatea anancastică*, descrisă de K. Schneider, combină elementele personalității așa-zisă obsesionale cu cele ale caracterului său anal. Anancaștii îmbină un caracter chiar exagerat de atent, îngrijit, cu o anume pedanterie, corectitudine, minuțiozitate, totul desfășurându-se pe un fond de o neliniște interioară. La aceasta se mai adaugă obsesiile, ritualurile, îndoiala și complexiunile sale.

Personalitățile psihopatice. În această categorie intră o constelație de anomalii de caractere și de conduite cu tendințe antisociale, impulsivitate și instabilitate afectivă și socio-profesională, dar care au o individualitate caracteristică proprie din punct de vedere psihopatologic, neputând fi confundate nici cu structurile nevrotice, nici cu cele psihotice ale personalității.

În acest grup de tipuri de personalități anormale sunt incluse personalitățile psihopatice, sociopatice și personalitățile antisociale. Acest tip de personalități au un caracter psihopatologic heterogen, marcat de natura lor dezechilibrată și antisocială. Din punct de vedere psihopatologic ele se caracterizează prin următoarele aspecte:

- 1) impulsivitate;
- 2) agresivitate;

- 3) infectivitate aparentă;
- 4) absența anxietății, alte manifestări (trăsături de caracter de aparență misterică, tulburări de conduite sexuale;
- 5) tulburări de dispoziție afectivă, episoade disforice de scurtă durată).

Tot în cadrul acestui grup de personalități anormale trebuie menționate și sociopatiile. Acestea reunesc acele tulburări de personalitate la care predomină manifestările antisociale. Ele se definesc în felul următor:

„Tulburare de personalitate caracterizată prin neglijarea obligațiilor sociale, independență față de ceilalți, o violență impulsivă și o insensibilitate rece”.

Acești indivizi manifestă o mare indiferență comportamentală față de normele sociale admise, iar sancțiunile care le sunt aplicate modifică puțin sau deloc conduita acestora.

Acțiunile lor sunt inafective și ireflexive. Suportă greu situațiile frustrante, proiectând asupra celorlalți propriile situații conflictuale și, prin aceasta, fiind permanent în conflict cu societatea.

Personalitățile limită (borderline). Conceptul are la rândul său trei surse și sunt expuse de Hugues (1884) ca situându-se la „frontierele (bordeline) nebuniei”:

- În orientarea psihiatrică noțiunea de „stare limită” corespunde grupării situate la frontiera dintre psihozele schizofrenice, starea de dezechilibru mintal și nevroze.

Starea de dependență familială sau socială, reprezentând o inadaptare pasivă a individului, starea de inadaptare activă caracterizată prin conflicte, conduite de tip deviant, delicvență, sociopatie, acte antisociale.

- În sens psihanalitic, diferitele stări de aparență nevrotică sau caracterială sunt susceptibile de a avea în cursul curei psihanalitice, simptomele întâlnite în cazul psihozelor. Din punct de vedere psihopatologic se consideră că „stările limită” formează o entitate clinică originală care nu aparține nici nevrozelor și nici psihozelor.

Analizând punctul de vedere psihopatologic și „stările limită” se caracterizează printr-un mare polimorfism în care se notează prezența următoarelor aspecte clinice: angoasa, instabilitatea și impulsivitatea simptome nevrotice, sindromul depresiv.

Personalitățile imature și deficitare. Ele unesc acele modele de personalități anormale specifice prin diferite grade sau nivele de nedezvoltare psihică. Trăsătura caracteristică al acestui model este „starea de deficiență” a personalității globale a acestor categorii de indivizi. Starea de deficiență poate avea următoarele aspecte:

Deficiența intelectuală, afectând în diverse grade de profunzime sau intensitate, nedezvoltarea intelectului (inteligență, gândire, memorie, limbaj etc.)

Deficiența afectivă se referă la așa-zisa imaturizarea emoțional-afectivă a persoanei, incapacitatea acestuia de a avea și de a-și putea controla relațiile emoționale, stăpânirea de sine, participarea emoțională sau indiferența afectivă, intensitatea și durata reacțiilor emoționale.

Deficiența de comunicare privește capacitatea persoanei de a putea stabili relații interpersonale cu ceilalți, de a comunica. Aceasta se referă, în primul rând, la „deschiderea către

lume”, la nevoia de contacte interumane sau, dimpotrivă, la „închiderea în sine patologică”, imposibilitatea de a putea realiza acest act sau refuzul de a comunica. Respectivul tip de deficiență poate avea după cum se descrie are trei caracteristice:

- periferică, printr-o tulburare a analizatorilor (auditiv sau vizual);
- centrală, printr-o tulburare a funcțiilor instrumental-simbolice cerebrale (afazie, apraxie, agnozie);
- globală, care este printr-o tulburare a maturizării și dinamicii personalității, cum este des întâlnită, de exemplu în autism.

Deficiența de adaptare-integrare socială se referă la capacitățile persoanei de a se putea adapta la situațiile vieții sau de a se integra în realitate. Acest tip de deficiență depinde de o stare de „imaturizare a Eului personal” datorită unor carențe de educație, influențelor exercitate de modelele negative, frustrări, stări complexe ideo-afective, traumatisme emoționale din perioada copilăriei etc.

Factorii menționați care concură la instalarea acestui tip de deficiență sunt implicați direct în procesul formării sau al structurării „Supra-Eului” personal ca instanță de „cenzură morală” a personalității. În sensul acesta se disting următoarele tipuri de deficiențe dintre adaptare și integrare: starea de dependență familială sau socială, reprezentând o inadaptare pasivă a individului, caracterizată prin conflicte, o stare de inadaptare activă, conduite de tip deviant, delicventă, sociopatie, acte antisociale.

Personalitățile deteriorate. Aceasta reunește acele modele de personalități anormale caracterizate prin degradarea progresivă, cu caracter ireversibil, a sistemului personalității și care survine ca urmare a evoluției clinico-psihiatrice a unor procese psihopatologice grave, la o personalitate complet structurată psihic.

Dereglarea respectivă este așadar caracteristică proceselor psihopatologice, care apar în cursul demențelor și ea include următoarele nivele conduitei individului și structural-dinamice ale aparatului psihic:

Nivelul intelectual: gândirea, memoria, procesele de expresie și mecanismele instrumental-simbolice cerebrale.

Nivelul afectiv, în special reacțiile emoțional-afective.

Nivelul instinctual: regimul instinctelor, trebuințe și pulsuni, motivație, orientarea vieții instinctuale, reprimarea și controlul acestor pulsuni.

Nivelul comportamental: orientarea temporal-spațială și auto-psihică, motivație comportamentală, inițiativa și finalizarea conduitelor și acțiunilor, reacții de opoziție, inactivitate, inerție, dezorganizarea conduitelor.

Nivelul social: tendință la fugă și vagabondaj, dezorientarea temporal-spațială, colecționarism absurd, acte delictuale absurde, cleptomanie etc.

Personalități defectuale. În cadrul acestei categorii sunt reunite acele modele de personalități anormale caracterizate prin existența unor modificări structural-dinamice ale personalității consecutiv evoluției îndelungate a unui proces psihopatologic, de factură psihotică, care a operat o

modificare sectorială profundă într-un anumit „compartiment” al sistemului personalității globale a individului sau al aparatului psihic.

După cum se remarcă: Acest tip de modificări apar în urma evoluției psihozelor endogene (schizofrenie, psihoza maniacal depresivă, psihoze schizo-afective, epilepsie cu tulburări psihice, deliruri cronice sistematizate, etc.)

Stările defectuale post-procesuale pot avea diferite aspecte psiho-patologice în funcție de procesul psihotic care a acționat asupra sistemului personalității: defecte post-schizofrenie, defecte post-psihoza maniacal depresivă, defecte post-delirante.

Vorbind despre personalitatea introvertită. Gari Gustav Jung a introdus la rândul său pentru prima dată în disciplina psihanalizei noțiunile respectiv de introversiune și extraversiune. Jung la rândul constată că diferiți indivizi manifestă un anumit interes crescut pentru lumea exterioară în fața așa-ziselor stimulări cărora la reacționează exagerat, în timp ce alții sunt mai curând repliați asupra lor înșiși, fiind la rândul său influențați mai ales de ideea sau de percepția pe care o au unul despre un obiect, și respectiv de obiectul chiar real. Jung în acest context, distinge la rândul său două tipuri psihologice și anume: introvertitul, unde supradominant sunt tendințele Eului și a extravertitul, la care domină anume tendințele de natură „obiectuale” sau cum se mai spune „obiective”. Așadar, la rândul său: „*primul se distinge în viața cotidiană, printr-un caracter ezitant, de natură meditativ sau rezervat; și care după cum știm nu renunță ușor și prezintă, la rândul său, întotdeauna un anumit comportament, ceva de natură defensivă. La rândul său, al doilea se caracterizează printr-un comportament deschis, care se pliază ușor, în dependență sau în funcție de situație și este foarte încrezut în el*” (C.G. Jung, în J.-C. Filloux, 1991, p. 99). El va denumi această introversiune, drept ca o atitudine a individului condus în raport cu a sa lume, ghidată de asemenea de imagini de natură internă sau de ideea sa pe care și-o face el despre lume, și extraversiune, care presupune respectiv atitudinea aceluia al cărui interes se concentrează pe obiectul extern într-un mod special. Pornind de la teoria tipurilor descrise de Jung, două cercetătoare americane, Katharine Briggs și Isabel Myers-Briggs la rândul său construiesc deja la începutul anilor '60, indicatorul tipologic, care de fapt le și poartă numele. Acestui instrument, la care, de fapt în plus comparativ sau față de Jung mai adaugă dimensiunea de „preferință” și aceasta pentru una din funcțiile psihologice, aceste autoare le aduc nu doar o viziune integrativă de fapt, ci și una după cum vedem dinamică, în abordarea personalității de fapt.

Eysenck a propus făcând referință la teoria jungiană modelul de personalitate a tipurilor psihologice și din analiza cum se zice factorială a lui Cattell, care se centrează pe evidențierea la rândul său pe trei mari factori dimensionali ai personalității: *psihotism, extraversiune, nevrotism* și fiecare dintre acestea fiind într-o relație cu activitățile cerebrale. După Eysenck sau în viziunea lui; vioiciunea, impulsivitatea, sociabilitatea, extroversia corespunde acestor caracteristici. Deja la partea opusă se află după cum știm introversiunea. Astfel după teoria lui Eysenck aceasta are prioritatea de a fi făcut acel *coridor de legătură între personalitatea patologică și cea normală*. Deja, în 1990, John va distinge polii

extraversiei după modelul *Big-Five*, arătând astfel că polul negativ al extraversiei, și care de fapt trimite la trăsături caracteristice acestei personalități introvertite.

Personalitatea accentuată la rândul său este un concept introdus de Karl Leonhard, în lucrarea *Personalități accentuate în literatura specifică anilor* (1972/ 1979) dar și *în viață*, și care se caracterizează prin trăsături a căror intensitate deja depășește media, care și ceea ce presupune manifestarea conturată în plan comportamental a acestor sau a respectivelor trăsături și, în consecință, și a exprimării individualității sale.

Aceste personalități accentuate nu sunt neapărat în mod necesar personalități patologice, „accentuat” face trimitere la noțiunile de: „pronunțat”, „pregnant”, dar nu și la anormalitate. Aici trebuie să ținem cont de faptul că la nivel mediu normalitatea deja se exprimă prin comportamente de serie, deja aceste personalități accentuate ar trebui să fie considerate la rândul său ca unele anormale. Necătând la toate acestea, această personalitate care deja, printr-un specific individual se ridică deasupra mediei, nu trebuie sub nici o formă exclusă din categoria normalului. „*Ampronta propriei individualități la personalitatea accentuată este o caracteristică celor care o poartă*” (K. Leonhard, 1979, p. 12). Aceste trăsături accentuate sunt deja niște însușiri ale personalității care deja „îndepărtează” persoana la rândul său de la limitele normalului și pe care o situează respectiv într-o zonă limită, de „trecere” între inadaptare și adaptare. Fără a fi neapărat aceste trăsături nevrotice sau psihopatice, la rândul său se intensifică mai ales în unele condiții defavorabile de viață, dar care nu au neapărat consecințe psihopatologice, fiind de fapt într-adevăr mult mai puțin numeroase decât ceea ce în realitate va reprezenta la rândul său „variațiile” lor.

Dacă e să ne referim la personalitatea *ca și cum*, în articolul său *tipul de personalitate „ca și cum”* (1942), Helene Deutsch, preia una dintre tezele susținute anterior datând încă din 1934, referitoare la structurile numite *als oh*. Această personalitate *ca și cum* se identifică prin lipsă de autenticitate și originalitate. Respectiv aceasta se identifică ușor dovedind la rândul său remarcabile capacități de adaptare, dar identificările lui în asemenea situații acestea sunt simple imitații. Dacă este să vorbim despre cauza apariției personalității *ca și cum* aceasta este și se datorează lipsei căldurii și a afectivității (a celei materne mai ales) chiar din primii ani de viață. Și respectiv această insuficiență se perpetuează mai ales în dezvoltarea vieții afective și are repercusiuni asupra formării la persoană a Supraeului. Vorbind despre structura indecisă a complexului Oedip fiind masiv abandonată deja, fără ca în acest mod individul să fi ajuns la rândul său vreodată la formarea totală și unificată a propriului său Supraeu. Rezultatul acestei structurări este de o natură deficitară pentru că cea a Eului este că între Eu și Supraeu la rândul său contactele după cum se atestă vor fi extrem de reduse, iar această scenă a oricărui conflict va rămâne undeva la un nivel în exterior, ca la un copil de fapt. În acest sens supunerea necondiționată și respectiv identificarea persistentă sunt cele două expresii de natură pasive ale adaptării lor necondiționate la mediu și în aceste situații se imprimă acestei personalități, drept o trăsătură de indecizie în acest fel. În cazul aceleiași personalități *ca și cum*, cum am arătat deja apare o tulburare de natură profundă a acestui proces de

sublimare, precum și a eșecului în realizarea sau la sinteza diferitor identificări de natură sau proveniență infantilă, într-o singură personalitate. Această personalitatea *ca și cum* poate uneori chiar să ia și aspectul unei măști ce ascunde la rândul său o gravă maladie, caracterizată, pe de o parte, de o lipsă sau „un vid afectiv și moral” (generat de: absența a unor principii morale, a unei vieți afective sau de o sugestibilitate ridicată și de anumite tendințe agresive mascate la rândul său de o pasivitate, ce se pot de cele mai multe ori converti cu ușurință într-o stare de răutate) și, pe de altă parte, de prezența chiar a unui „nucleu schizofreniform” (care de fapt este generat de conflictele dintre diferitele sale identificări ale propriului său Eu). Toate personalitățile cu tipologia *ca și cum*, nu fac parte, la rândul său, din formele obișnuite de nevroze și sunt, la rândul său, prea bine adaptate la realitate pentru a fi de o natură psihotică, dar toate acestea prin particularitățile lor, evident contribuie în mare măsură la cercetările corespunzătoare din psihologia Eului.

Această personalitate este „*Lipsită în mod complet de caracter*”, ea apare ca una fără moralitate și fără de principii, indivizilor cu această personalitate *ca și cum*, convingerile și idealurile lor, constituie doar simple reflecții ale opiniilor și aspirațiilor celorlalți indivizi, fie că aceștia sunt buni sau răi. Caracteristic este că se atașează cu mare ușurință grupurilor religioase, etice și sociale, ei caută de fapt să dea un conținut și o realitate a vidului lor interior, să poată să dea un anumit sens existenței sale, prin intermediul sau mijlocul unei identificări. Și, respectiv, adeziunea lui entuziastă la un anumit punct de vedere, de obicei poate fi total înlocuită cu o altă, într-un mod rapid, și, chiar și fără cea mai mică modificare de ordin interior, pur și simplu, ca o simplă regrupare de natură haotică a cercului social de prieteni și relații.

Așadar, **personalitatea falsă**, această personalitate la rândul său presupune de fapt existența unei anumite simetrii și care se poate stabili respectiv între tipologia propriei și structura sau a personalității și respectiv structura și tipologia Eului său. Într-o manieră evidentă care este de fapt și explicarea și interpretarea acestei „realități” a uneia dintre aceste stări psihice care poate să fie una valabilă și respectiv care are aproximativ și este una echivalentă în cazul celeilalte. Această personalitate, de fapt, este o presiune anumită, o descriere a unui anumit tip de Eu, care, la rândul său, combină într-un mod *grosso modo*, personalitatea menționată. Aici în acest sens la *Sine fals* ne-am oprit de fapt și asupra conceptului, care este la rândul său unul central sau esența în materialele lucrărilor lui Donald Woods Winnicott, acesta este considerat de fapt și unul dintre cei mai reputați reprezentanți sau cei mai importanți ai psihologiei Eului. (Acest concept de *Sine*, la rândul său, este unul, de fapt, care este folosit și în sensul, care este definit și de psihologia Eului, aceasta este acea parte a Eului care la rândul său de fapt și desemnează conștiința și aprecierea de sine a unui individ.). Acest, *sine fals* are după cum se atestă o natură defensivă adică de apărare. La rândul său această funcție a sa defensivă o face pe persoană să asemene unei măști care disimulează și *sinele adevărat*, indiferent de natura și caracterul acestuia. Acest *sinele fals* este unul constituit pe baza unor identificări și care au un rol de a proteja la rândul său *Sinele adevărat*, care nu poate fi total de fapt unul iluzoriu, și care de fapt nici nu poate fi confundat la rândul său cu persoana reală. *Sinele* acesta *fals* la rândul său reprezintă de fapt stratul socializat al individului, și acesta cu un rol selectiv și protector în raport cu stimulările realității interne și

externe la rândul lor. Indivizii care prezintă alteori aceste „false personalități”, sunt la rândul său organizate în jurul *Sinelui fals* care au după cum se constată o anume rigiditate defensivă care este de fapt una extrem de puternică. Se constată că există de fapt mai multe tipuri de *Sine fals* aceste care se distribuie pe un anume continuum variind de fapt de la normal la patologic. Când persoana se însănătoșește, *Sinele adevărat* se lasă până la urmă de a fi descoperit. Pe de altă parte, de fapt aceste cazuri benigne sau normale, *Sinele fals* este de fapt expusă prin orice fel de organizare care și constituie o anume atitudine relativ acceptabilă din punct de vedere social, dar care totuși de fapt și presupune și o anumită rezervă. La rândul său o mare parte din *Sinele fals* se poate transforma într-o capacitate a individului capabil de fapt a renunța la propriile procese psihice primare, și acestea sunt realizate toate în scopul de a se obține o poziție socială, care de fapt și nu poate fi atinsă și menținută la rândul său de *Sinele adevărat*. Tocmai în aceste sau asemenea situații, *Sinele fals* de fapt și îndeplinește, la rândul său, funcția de natură adaptivă.

Asemănător sau la fel cum am vorbit la *ca și cum*, ca și în cazul ei, acest concept de *Sine fals* a dat naștere unei noi entități care este numită *nosografice*: care este aceea de funcționare sau de fapt o stare limită, motiv pentru care majoritatea sau foarte mulți dintre indivizii cu „personalitate falsă” sunt diagnosticați ca având de fapt o tulburare de tip borderline (Chabert *et al.*, 1999, în părerea lui F. Couchard, 2001, p. 20). Totodată, *Sinele fals* este deseori și confundat cu o altă categorie nosografică, și anume, cu personalitatea numită **narcisistă**. Winnicott apreciază că acest narcisism patologic ascunde de fapt acel individ real. De fapt, în esența sa acesta este unul disimulat, ascuns, protejat în interiorul Sinelui și iubit în secret. Așadar, cum putem constata că de fapt individul real sau cu alte cuvinte acel *Sine adevărat*, este de fapt unul mascat (Winnicott, 1974, op. cit., p. 97).

Așadar, personalitatea numită **narcisistă**, într-un limbaj comun narcisismul presupune de fapt sau desemnează forme diferite și modalități ale dragostei persoanei de sine. Narcisismul la rândul său de fapt și exprimă comportamentul prin care individul se iubește exagerat pe sine, cu alte cuvinte fiind spus acesta se manifestă la propria persoană, și aceasta în același mod în care, de fapt sau de obicei se manifestă la o ființă dragă sie. „De sine însuși a fi îndrăgostit”, conform tânărului Narcis din mitul grec el este de fapt și formula caracteristică a narcisismului, definind astfel narcisismul, care era după cum se știe era fascinat de fapt de propria-i imagine. Într-o egală măsură, acest narcisist care de fapt reprezintă un fel de stare de natură subiectivă, care este de fapt una relativ instabilă și fragilă. Noțiunile de ideal, sau mai ales în special de Eu ideal și de ideal al Eului, se fundamentează pe acest concept de narcisism.

Această dedublare sau organizare de natură nodală a persoanei narcisiste, care este la rândul său este atât de bine pusă în evidență de Otto Rank, acesta care este ilustrată de relația cu dublul (Rank) și cu o anumită imagine speculară (Lacan), aceasta se caracterizează de fapt printr-o bipolaritate a sa. Totodată, acest mod de organizare al personalității narcisice ar părea de fapt paradoxal fără intervenția mecanismului psihologic de așa-zis clivaj, predominant de fapt la acești indivizi. Narcisismul este un concept cu existența a „două fețe” unele care se contrazic ca un „Janus bifrons” și care reflectă aspectele patologice ale iubirii de sine și altele normale. După cum se știe un narcisism de ordin

„cotidian” care, de fapt, aceste aspecte benefice, fondate pe iubirea normală, „sănătoasă” sau așa-zisă față de sine, de fapt permite și dezvoltarea normală a unei iubiri obiective, care de fapt reprezintă într-o egală măsură, și într-un mod de protecție somatică și psihică, dar și un anume narcisism „defensiv”, cu anume totuși consecințe patologice.

Vorbind despre descrierea CIM-10 (F60.8) la rândul său personalitatea narcisică se caracterizează după cum și s-a menționat printr-o supraapreciere sau supraestimare de sine însuși și a propriilor sale capacități; de fapt sentimentul de a fi socotită ca o persoană unică, și nevoia de a fi recunoscută ca fiind de fapt o „ființă excepțională”; care de fapt nu suportă critica sub nici o formă, de fapt cea mai neînsemnată observație la rândul său aducând grave lezări ale imaginii de sine, cunoscută sub sintagma ca de exemplu „rană narcisică”. Această personalitate narcisistă deseori manifestă un sentiment de superioritate și aceasta în raport cu ceilalți, caracterizat printr-o aroganță, lipsă de empatie și nevoia de a fi admirată; în aceste situații se poate manifesta și un delir de grandoare, el de fapt considerând la rândul său este de a face parte din categoria celor „aleși”, cărora li se poate sau cuvine orice. Persoana respectivă ca o categorie de antisocial prin „**grandoarea**” sa și tendința de a-și exagera talentul, de a se considera ca fiind unic și superior (Gunderson, 2001) și de **personalitatea borderline** prin aceea că, nu se îndoiește de nimeni și de nimic. Pentru acest tip narcisist consideră că celălalt nu are valoare, acesta fiind de fapt la rândul său doar ca pe un instrument folosit pentru a-și măguli sau flata Eul său nemăsurat de „grandios”.

În altă ordine de idei, personalitatea multiplă este cunoscută drept aceea care sub denumirea de „tulburare de identitate disociativă”, sau „sindrom de personalitate dublă sau multiplă”, ori „personalități alternante”, adică un „clivaj al Eului” sau o „diviziune subiectivă”. Aceste fenomene disociative, și cel mai spectaculos sau impresionant aspect al acestora, *sindromul personalității multiple*, care constituie un domeniu de studiu destul de vast și complex, și care de fapt relevă această „difracție” a personalității umane. Această disociere poate fi prezentă la fiecare de fapt individ uman „normal”, care de fapt ar prezenta tendințe mai puțin sau mai mult disociative, care de fapt se poziționează diferit de-a lungul unui *continuum linear*, „disociați” dintre toți, un tip de „multipli”; care de fapt și reprezintă ceea ce se numește în limbajul actual al literaturii de specialitate ca fiind o tulburare disociativă de identitate (I. Hacking, 1998, p. 44).

Și respectiv problematica personalității multiple a fost și este abordată în mod diferit în diverse culturi. Bunăoară, în cultura nord-americană, care era puternic marcată de monism, aceasta la începutul anilor '80, și care apare ca o adevărată „epidemie de personalități multiple”. Statisticile arată că, dacă în anul 1972, personalitatea multiplă era considerată o „simplă curiozitate”, în schimb în 1992, fenomenul cunoaște o adevărată expansiune în mediul clinic, unde se înregistrează peste 6000 de cazuri de acest gen. Dimpotrivă, în cultura clinică francofonă, chiar și în versiunea sa „lacaniană”, care insistă, în special, asupra „diviziunii structurale a subiectului”, această abordare a tulburărilor disociative, chiar nu a cunoscut aceeași amploare. Aceasta la rândul său având un sens exclusiv de descriptiv, se distinge de mecanismul fundamental din schizofrenie (*Spaltung*), descris de Bleuler în 1911. De fapt aceste tulburări sunt în relație cu evoluția culturală a isteriei.

Astfel în *tulburare disociativă de identitate*, în actualele manuale de psihiatrie, cum ar fi: percepția mediului ambiant memorie, conștiință, tulburările de identitate, (cf. DSM-IV) care de fapt este inclusă în cadrul „tulburărilor disociative ale funcțiilor normal integrate”. O tulburare disociativă este de asemenea și **conversiunea** așadar pentru unii autori, (C. Chabert, 1998, p. 42-43), care presupune o schimbare psihologică fundamentală și de mare amploare, se pot distinge două tipuri de schimbări (Laurens, 2002, p. 77): schimbarea imediată și schimbarea indirectă.

Convertirea, nu este posibilă fără conflict, astfel că conformismul sau oportunistul, credința sunt și pot fi principalele motive care duc la convertirea individului Nietzsche în scrierile sale menționează despre: „*conceptul individului fals*”.

3.4. Aspecte procesual-penale privind expertiza psihologico-judiciare și psihiatrică privind constatarea iresponsabilității și a stărilor conexe și adiacente

3.4.1. Generalități procesual-penale privind expertiza psihologico-judiciare și psihiatrică

CP RM prevede în art. 143 efectuarea expertizei medico-legale. Expertiza medico-legală a persoanelor vii se efectuează în conformitate cu rigorile CPP al RM.

Există mai multe tipuri de expertiză psihologică judiciară și anume:

- **expertiza desfășurată de o persoană;**
- **expertiza în comisie.**

Expertiza de către o persoană este realizată de către un specialist în domeniu, iar în comisie de către câțiva specialiști dintr-un anumit domeniu:

- **expertiza de bază;**
- **expertiza suplimentară.**

Expertiza de bază este cea ordonată pentru explicarea întrebărilor înaintate în fața specialistului, iar expertiza suplimentară este ordonată în cazul când concluziile expertizei de bază sunt incomplete, neclare sau în cazul când apar dubii vis-a-vis de justetea concluziilor formulate.

- **expertiza primară;**
- **expertiza repetată.**

Expertiza primară este cea realizată prima, în contextul cauzei și subiectului respectiv. Expertiza repetată se promovează de câteva ori în cazul atitudinii rezervate față de concluziile formulate anterior.

- **expertiza monospecializată;**
- **expertiza complexă.**

Expertiza mono-specializată este realizată de un anumit tip de specialiști. Respect, după cum se știe expertiza complexă se efectuează de către un grup de diferiți specialiști (aceștia de exemplu pot fi diferiți, un medic și un psiholog).

Expertiza **psihologică judiciară** se realizează de către ofițerul de urmărire penală, în baza ordonanței întocmite după cum prevede CPP al RM de către procuror sau, respectiv de instanța de judecată, care vor decide și asupra componenței ei.

Drept temei pentru a se dispune ordonarea obligatorie a expertizei psihologice judiciare care poate servi situația retardului, bunăoară în cazul minorului delicvent. La rândul său expertiza psihologică judiciară, în asemenea caz, se recomandă a fi dispusă doar după efectuarea, la rândul său, expertizei psihiatrice judiciare care ține de:

- aprecierea sau stabilirea abaterilor de la nivelul dezvoltării psihice normale;
- gradul de influență a devierilor în dezvoltarea psihică a subiectului asupra capacității lui de a conștientiza acțiunile săvârșite;
- capacitatea subiectului de a-și dirija propriile acțiuni;
- determinarea capacității subiectului de a percepe corect circumstanțele importante pentru cazul cercetat și de a depune declarații corecte despre ele.

Vorbind în continuare și în acest sens despre *asistența psihiatrică* în RM și despre *expertiza psihiatrică*, putem conchide că asistența psihiatrică și principiile acordării ei, îngrijirea persoanelor mature cu retard mintal sever și demență în mare parte nu sunt asigurate de stat. În mun. Chișinău, cu o populație de aproape un milion de locuitori, lipsește un azil pentru întreținerea și îngrijirea acestor persoane, reabilitarea medico-socială în condiții extraspitalicești a persoanelor suferinde cu tulburări psihice nu este asigurată de stat. Prevederile legislației internaționale referitor la asistența sănătății mintale, în mare parte, nu sunt implementate în RM. Art. 5 al Legii se referă cu precădere la drepturile persoanelor suferinde cu tulburări psihice. În instituțiile psihiatrice de stat beneficiarii, în mare parte, nu au acces la informații privind drepturile sale umane, civile, economice și sociale, deseori persoanele cu probleme psihice rămân spitalizați în staționarul de psihiatrie din cauza lipsei unui suport social comunitar de stat acordat în afara spitalului de psihiatrie, se admite limitarea drepturilor și libertăților persoanelor suferinde cu tulburări psihice, prin supravegherea acestora prin dispensarizare, numai în baza diagnosticului psihiatric, necesității administrării tratamentului ambulatoriu sau a faptului că s-au aflat în staționarul de psihiatrie.

Interzicerea sau limitarea practicării unor activități profesionale și a activităților cu pericol sporit nu este argumentată clinico-științific și juridic, adică limitarea unei persoane, care a avut o problemă psihică, incapabilă de a desfășura anumite activități profesionale și activități cu pericol sporit pe un termen de cel mult 5 ani. De la adoptarea legii până în prezent nu a fost elaborată, conform prevederilor legii, lista de contraindicații medico-psihiatrice, care, în cazuri concrete, ar putea fi contestată în instanța judecătorească. Art. 9 (Păstrarea secretului medical), prevede că polițiștii de sector deseori solicită informații referitor la persoanele care au fost asistate de o instituție de psihiatrie. Nu se practică pe larg cazurile de primire de către persoana suferindă cu tulburări psihice sau reprezentantul ei legal a informațiilor despre starea sănătății psihice și despre asistența psihiatrică acordată, cu scopul exercitării drepturilor și intereselor sale legitime. Art. 14 (Expertiza psihiatrică legală) prevede că persoanele expertizate sau alte persoane fizice și juridice cointeresate nu au posibilitate de a beneficia de o expertiză psihiatrică legală alternativă, datorită faptului că în RM întreg Serviciul de expertiză psihiatrică legală este subordonat unei și aceeași instituții de stat. Conform Legii privind asistența psihiatrică (art. 16), statul garantează următoarele

tipuri de asistență de protecție socială:

- sprijină la plasare în câmpul muncii persoanelor suferinde de tulburări psihice;
- asistența psihiatrică la domiciliu care acordă în măsura posibilităților extraspitalicească și staționară, creează toate tipurile de instituții;
- aceasta organizează de fapt instruirea profesională și generală a minorilor suferinzi de tulburări psihice;
- în privința persoanelor suferinde de tulburări psihice, inclusiv a invalizilor pentru însușirea de noi profesii și încadrarea în muncă la întreprinderi pentru aceste persoane este necesară de a se desfășura anumite sectoare speciale cu condiții de muncă favorabile creează întreprinderi curative de producție pentru terapie prin muncă, respectiv, ateliere, secții;
- pentru plasarea în câmpul muncii a persoanelor suferinde de tulburări psihice stabilește cote obligatorii de locuri întreprinderilor, instituțiilor și organizațiilor;
- aplică metode de stimulare economică întreprinderilor, instituțiilor și organizațiilor care oferă locuri de muncă persoanelor suferinde de tulburări psihice;
- pentru persoanele suferinde de tulburări psihice care și-au pierdut relațiile sociale se deschid internate;
- pentru oferirea de sprijin social persoanelor suferinde de tulburări psihice de un grad sporit se întreprind măsuri și de altă natură.

Persoana în cazul tulburărilor psihice, poate fi declarată pe un termen de cel mult 5 ani, cu dreptul de reexaminare ulterioară, incapabilă de a desfășura anumite activități profesionale și activități cu pericol sporit. Lista de contraindicații medico-psihiatrice referitoare la practicarea unor activități profesionale și a activităților cu pericol sporit, prezentată de Ministerul Sănătății și aprobată de Guvern, este revăzută periodic (cel puțin o dată în cinci ani), ținându-se cont de experiența acumulată și de realizările științei. Această hotărâre restrictivă este emisă de o comisie medicală, împuternicită de către organul de ocrotire a sănătății, în temeiul concluziei asupra sănătății psihice a persoanei, potrivit listei de contraindicații medico-psihiatrice, și poate fi contestată în instanța judecătorească. Experiența practică și literatura de specialitate confirmă că 70% din persoanele cu probleme psihice sunt apte de multe munci. Cu regret, în RM singura formă de „recuperare socială” privind aceste persoane sunt comisiile de expertiză a vitalității în psihiatrie, care determină un anumit grad de invaliditate acestei categorii a populației.

Expertiza constatării iresponsabilității. O trăsătură specifică a cercetării faptelor socialmente periculoase, săvârșite de către persoanele care urmează a fi recunoscute iresponsabile, este numirea obligatorie a expertizei psihiatrico-judiciare, fără efectuarea căreia este imposibil de stabilit starea psihică ale acestor persoane. Conform prevederilor art. 143 CPP RM, în mod obligatoriu, pentru constatarea stării psihice și fizice a bănuțului, învinutului, inculpatului, expertiza se dispune și se efectuează, și în cazurile în care apar îndoiele cu privire la responsabilitatea persoanei.

Sarcina fundamentală a expertizei psihiatrice este de **a determina starea psihică** a inculpatului în momentul comiterii infracțiunii, de a stabili dacă *fapta săvârșită este consecința unor alterări psihice,*

în ce măsură cel examinat își dă seama de consecințele faptelor sale, de a constata starea fizică și psihică a martorilor și a victimelor, în cazurile când apar îndoieli referitoare la capacitatea lor de a percepe corect faptele comise, care au importanță pentru procesul penal și să dea declarații obiective, conform art. 142 CPP RM [3]. „Expertiza se dispune în cazurile în care pentru *constatarea circumstanțelor* ce pot avea *importanță probatorie* pentru *cauza penală* sunt necesare *cunoștințe speciale* în domeniul științei, tehnicii, artei sau meșteșugului. Dispunerea expertizei se face, la cererea părților, de către organul de urmărire penală sau de către instanța de judecată, precum și din oficiu de către organul de urmărire penală” (alin. (1) art. 142 CPP RM) [3].

Expertiza medico-legală psihiatrică, la fel ca orice altă expertiză, se efectuează potrivit dispozițiilor CPP RM. Organul de urmărire penală sau instanța de judecată care dispun efectuarea expertizei au obligația să stabilească obiectivele acesteia și să formuleze întrebările la care trebuie să se răspundă, cu precizarea termenului în care urmează să fie efectuată lucrarea. Conform prevederilor art. 144 CPP RM, instanța de judecată, prin încheiere, organul de urmărire penală, prin ordonanță, iar dispune efectuarea expertizei, unde se prevede că:

- de către cine s-a dispus numirea expertizei;
- pentru care temeuri se dispune efectuarea expertizei;
- ce întrebări a formulat expertul;
- Instituția care a efectuat expertiza.

De asemenea, conform prevederilor art. 145 alin. (2) CPP RM, părțile au dreptul de a cere numirea a câte un expert recomandat de fiecare dintre ele pentru a participa la efectuarea expertizei, în așa mod, în legislație sunt indicate numai temeurile de ordin general, care sunt necesare pentru numirea expertizei. Or, nu poate fi prevăzută toată diversitatea acestor temeuri.

Expertul este persoana care nu este interesată în rezultatele cauzei penale și care la rândul său este numită pentru a efectua investigații în cazurile prevăzute de CPP RM, și care prezintă rapoarte în baza acestora, dar și care aplică cunoștințele speciale din domeniul științei, tehnicii, artei și din alte domenii [3]. Respectiv, în cazurile expertizei medico-legale psihiatrice, expertul trebuie să fie medic de specialitate psihiatru. Art. 19 din Legea privind asistența psihiatrică prevede că *dreptul de acordare asistenței psihiatrice la activitatea medicală îl are medicul psihiatru care și-a confirmat calificarea în modul stabilit de lege cu studii medicale superioare*.

Rolul expertizei psihiatrice este de a furniza elementele medicale în măsură să prezinte personalitatea psihologică a unei persoane care a săvârșit o infracțiune. Expertiza medico-legală psihiatrică constituie o probă științifică în stabilirea responsabilității. Pentru aceasta ea dispune de o metodologie specifică în cadrul căreia sunt analizate la rândul său de structura conștiinței a învinutului sau inculpatului, precum și structura personalității acestuia care se va aprecia la momentul comiterii faptei socialmente periculoase [Constantin R., Drăghici P., Ioniță M. Expertizele – mijloc de probă în proces penal. București: Ed. Tehnică, 2000, p. 92]. De asemenea, expertiza medico-legală psihiatrică urmărește să se stabilească structura personalității făptuitorului, gradul de dezvoltare intelectuală, gradul de instruire și educație, experiența de viață și să se

identifice existența acelor factori de natură să influențeze capacitatea persoanei de a-și dirija liber voința [169, p. 127]. Expertiza medico-legală psihiatrică nu se confundă cu stabilirea unui diagnostic psihiatric, ci reprezintă o lucrare interdisciplinară, argumentată științific, care oferă justiției o interpretare dinamică, cauzală a unui anumit comportament. Studiul practicii de cercetare a cazurilor de săvârșire a faptelor socialmente periculoase de către persoanele iresponsabile a demonstrat că se aplică următoarele tipuri de expertize medico-legale psihiatrice: expertiza ambulatorie, în condiții de staționar, în sala de judecată, în cabinetul ofițerului de urmărire penală, expertiza prin corespondență și post-mortem [124, pp. 22-27].

Așadar, dreptul la dispunerea expertizei o are:

1. Organul de urmărire penală, considerând că este necesară efectuarea expertizei, prin ordonanță.
2. Instanța de judecată, prin încheiere, dispune efectuarea expertizei (alin. (1) art. 144 CPP RM) sau din inițiativă proprie a părților (alin. (4)).

Pentru a se dispune efectuarea expertizei într-o cauză penală organele de urmărire penală trebuie să constate îndeplinirea anumitor cerințe, și anume [76¹]:

- a) în cauză să *se fi dispus începerea urmăririi penale* sau să *fi fost sesizată instanța de judecată* prin plângere prealabilă sau rechizitoriu;
- b) unele fapte sau împrejurări ale cauzei să *nu fi fost clarificate îndeajuns* și
- c) pentru lămurirea acestora să *fie necesar a se recurge la cunoștințele unui specialist*.

Doctrina și jurisprudența au arătat că participarea părților la efectuarea expertizei nu este obligatorie, ci fiecare dintre ele are dreptul să ceară ca un expert recomandat de ea să participe la efectuarea expertizei. Organul de urmărire penală poate aprecia asupra acestei participări, urmând a se pronunța explicit cu privire la aspectul în discuție [19]. Cu toate acestea, **experții** numiți de părți nu au atribuții de supraveghere, ei participă efectiv la lucrările expertizei alături de experții desemnați de organele de urmărire penală [90].

Experții sunt desemnați dintre specialiștii în domeniul în care urmează a fi efectuată expertiza [161]. Atunci când organul judiciar nu va numi direct expertul, ci va adresa cererea instituției abilitate, dacă această instituție consideră că este necesar, va putea folosi asistența sau avizul unor specialiști din alte instituții.

Expert-psihiatru poate fi numai o persoană care este de **specialitate medic, specializat în domeniul psihiatriei** și care lucrează într-o **instituție psihoneurologică** (spital de psihiatrie, dispensar psihoneurologic, institut psihoneurologic), care posedă cunoștințele necesare pentru **a prezenta concluzii** în chestiuni din domeniul științei, tehnicii ce apar în legătură cu pricina penală (art.141 al CPP RM) [3].

Expertul-psihiatru (art.88 „Expertul” CPP RM) trebuie să cunoască bine bazele Codului penal, să știe drepturile și obligațiile sale, să fie conștient de rolul expertizei, de însemnătatea ei pentru organele de justiție [3].

Astfel, **motivele de bază** pentru efectuarea **expertizei medico-legale psihiatrice** sunt următoarele:

- a) când conduita inculpatului în timpul anchetării este **anormală** și pune sub semn de

întrebare **starea psihică** a acestuia;

- b) când infracțiunea este **lipsită de un motiv evident**;
- c) când infracțiunea s-a săvârșit **cu o deosebită cruzime**;
- d) când sunt date și dovezi că inculpatul **a suferit de o boală** psihică;
- e) un demers din partea învinutului sau a victimei;
- f) un demers din partea rudelor apropiate;
- g) când pe perioada detenției condamnatul **are o comportare bizară**;
- i) un demers din partea administrației instituției de reeducare prin muncă. Aceasta se

întâmplă în cazurile când la condamnați se observă **o acutizare a psihozei**, se constată **aparitia unei boli psihice**.

Pentru efectuarea expertizei este necesar de a prezenta expertului **toate materialele care au legătură cu infracțiunea comisă și personalitatea expertizatului**. Documente strict necesare sunt următoarele:

1. Hotărârea (decizia) - unde se expun pe scurt împrejurările în care a fost comisă infracțiunea. Expertul urmează să răspundă la următoarele întrebări:

a) dacă expertizatul **suferă de o boală psihică**.

b) dacă expertizatul **a suferit de o boală psihică în momentul când a comis crima** și dacă a putut să-și dea seama de acțiunile sale.

c) dacă expertizatul este în stare să compare în fața judecății și să dea declarații obiective.

În afară de acestea, pot fi incluse și alte întrebări având un caracter complementar - de ce boală psihică suferă expertizatul, care este evoluția bolii (temporară sau cronică), de ce documente mai este nevoie.

2. Dosarul penal unde este descris amănunțit cum s-a comis infracțiunea. La dosar sunt anexate **acte medicale privind trecutul psihopatologic al subiectului**, dezvoltarea lui fizică și psihică (când a început să meargă, să vorbească, **de ce boli** a suferit, dacă n-a avut **traume cerebrale, accese epileptice**, dacă n-a făcut **abuz de alcool**, n-a fost în **evidență la psihiatru**, n-a avut un **comportament bizar, tendințe de sinucidere**. Prezintă importanță datele obținute prin **ancheta socială** privind viața de familie (ocupația părinților, educația în familie, sursele de existență), activitatea școlară, comportamentul în timpul stagiului militar și la locul de muncă. Se va lua în considerare faptul dacă expertizatul a mai fost judecat înainte, dacă s-a tratat în legătură cu boli psihice. În aceste cazuri este necesar de a preciza începutul bolii - prin ce s-a manifestat clinic, care este **diagnosticul bolii**, ce tratament i-a fost administrat și cât a durat acesta, care a fost evoluția bolii după tratament.

Pentru expertiză prezintă un mare interes **starea psihică și comportamentul expertizatului în timpul când a comis crima și după aceea**, declarațiile martorilor despre comportamentul expertizatului în timpul săvârșirii crimei, care au fost reacțiile lui. Trebuie avut în vedere că unii dintre martori pot preamări sau denatura declarațiile, mai ales dacă sunt interesați să-l ajute pe expertizat. În unele cazuri inculpatul cu mult mai înainte de intentarea procesului penal se prezintă la dispensarul psihoneurologic sau se internează în spitalul de psihiatrie, pentru ca atunci când va fi tras la

răspundere să *pretexteze o boală*. Un moment esențial în efectuarea expertizei este acela de a asigura un climat optim de examinare fără influență de o presiune sau protejare oarecare.

Expertul poate cere lămuriri organului de urmărire penală sau instanței de judecată, cu privire la anumite fapte sau împrejurări ale cauzei (art. 88 CPP RM).

Părțile, cu încuviințarea și în condițiile stabile de organul de urmărire penală sau de instanța de judecată, pot da expertului explicațiile necesare.

Jurisprudența a decis că este casabilă hotărârea pronunțată fără ca organul de urmărire penală sau instanța de judecată să fi dat *posibilitatea inculpatului de a da explicații expertului*.

Expertiza ambulatorie se efectuează, de regulă, numai după o singură examinare, fără observații în condiții de staționar expertiza ambulatorie se execută în cadrul spitalului de psihiatrie, dispensarului psihoneurologic sau în alte instituții cu profil psihiatric. Pe lângă aceste instituții funcționează comisii medico-legale psihiatrice permanente, compuse din trei medici psihiatri: președintele și doi membri ai comisiei, dintre care unul este raportorul. Uneori se permite efectuarea expertizei în condiții de ambulator de către o comisie compusă din doi medici, iar în unele cazuri excepționale - numai de către un medic. Este vorba de situațiile în care nu este posibilă formarea unei comisii complete. Componenta comisiei este aprobată de către organele ocrotirii sănătății. Membrii comisiei au posibilitatea, înainte de efectuarea expertizei, de a se familiariza cu materialele cauzei penale și cu toată documentația de caracter medical. De competența comisiei ambulatorii țin cazurile care nu prezintă dificultăți sub aspectul diagnosticului. Se au în vedere persoanele care sunt evident bolnave psihic sau sunt sănătoase și starea lor psihică nu prezintă nicio îndoială. De aceea, concluzia expertizei ambulatorii este suficientă și corespunde tuturor cerințelor necesare față de expertiza medico-legală psihiatrică.

Organele de urmărire penală recurg mai frecvent la această expertiză medico-legală psihiatrică, comparativ cu expertiza în condiții de staționar, deoarece concluzia se oferă într-un termen relativ scurt. În unele cazuri, mai dificile, când diagnosticul nu este precizat, comisia ambulatorie îl îndreaptă pe expertizat pentru examinarea în staționar.

Expertiza în condiții de staționar se efectuează în spitalele de psihiatrie, în clinici, în instituții de psihiatrie. În unele spitale sunt secții speciale care se ocupă cu expertiza judiciară. Aici expertizatul se află permanent sub observația medicală, se efectuează investigațiile necesare pentru diagnosticarea bolii suspectate. După studierea datelor obținute, bănuitul (învinuitul) trece comisia care se pronunță asupra caracterului bolii. Comisia este compusă din trei persoane: președintele, mai ales în persoana medicului-șef al spitalului sau adjunctului, ori responsabil de lucru curativ și doi medici. Expertiza în condiții de staționar se impune atunci când:

- boala este complicată,
- precizarea diagnosticului este legată de anumite dificultăți,
- sunt necesare investigații suplimentare.

În cazul **expertizei în sala de judecată**, psihiatrul-expert este chemat în sala de judecată.

Necesitatea acestei expertize este determinată de mai multe împrejurări. Dacă expertiza nu prezintă dificultăți, atunci procesul de judecată continuă. În cazuri contrare este necesar ca învinuitul să fie trimis la expertiză într-o instituție psihiatrică. Uneori psihiatrul este citat de către instanța de judecată în legătură cu persoanele, care deja au trecut expertiza psihiatrică. De preferință să se prezinte medicii care au luat parte la expertiza pentru explicarea unor aspecte referitoare la concluzia oferită, în aceste cazuri este vorba despre unele tulburări episodice ale psihicului la persoanele sănătoase din punct de vedere psihic. Medicii mai sunt chemați și atunci când, după efectuarea expertizei, au apărut noi fapte, care înainte nu erau cunoscute experților și se impune darea unor noi concluzii. Opinia unor experți noi, care n-au luat parte la expertiză, se solicită atunci când instanța de judecată pune la îndoială concluzia expertizei premergătoare. Este necesar, ca înainte de ședința de judecată, psihiatrul expert să facă cunoștință cu materialele cauzei penale. În caz contrar, el nu are dreptul să ia parte în procesul de judecată. Această variantă de expertiză se practică mai des în cazul tulburărilor psihice cu caracter temporar, cum sunt de exemplu beția patologică, o stare crepusculară, un afect patologic și alte tulburări care se întâlnesc la unele persoane practic sănătoase din punct de vedere psihic.

Expertiza în cabinetul ofițerului de urmărire penală se efectuează, de regulă, de un singur psihiatru, care este solicitat de ofițerul de urmărire penală. La aceasta se recurge foarte rar, deoarece se poate dispune expertiza ambulatorie sau în condiții de staționar.

Expertiza prin corespondență are loc numai în baza materialului și documentelor din dosarul penal. Posibilitățile expertului de a da o concluzie numai pe baza materialelor în cauză sunt destul de limitate. Expertiza prin corespondență are ca scop de a verifica argumentarea concluziilor oferite de experți. Această variantă de expertiză este aplicată atunci când apare necesitatea de a stabili momentul când a început boala, durata ei. Uneori este rațional de a trimite dosarul penal la psihiatru pentru a decide dacă este necesară efectuarea expertizei ambulatorii sau în staționar. Asemenea consultații se impun în cazurile când au fost comise infracțiuni grave. Nu este rațional a dispune expertiza prin corespondență când lipsește documentația medicală sau aceasta nu este completă, nici atunci când se cere a se da o concluzie privind gravitatea stării psihice.

Expertiza post-mortem se efectuează numai în baza materialelor din dosar, în care și-a găsit reflectare starea psihică a bolnavului. Deseori aceste materiale lipsesc și, din acest punct de vedere, expertiza postmortem este destul de dificilă. Expertiza postmortem se dispune când apare necesitatea de a aprecia starea psihică a persoanelor care au săvârșit o infracțiune și au decedat până la judecată, când este necesară revizuirea sentinței condamnatului decedat în cazul în care au apărut noi date privind starea psihică a lui. Necesitatea de a efectua expertiza postmortem apare și atunci când persoana în cauză se sinucide. Este cazul când după anchetarea minuțioasă a cazului nu se evidențiază motivul sinuciderii și se presupune că fapta este urmare a unei boli psihice. Sarcina principală a expertizei postmortem este de a stabili dacă persoana care s-a sinucis a suferit sau nu de o boală psihică și dacă în momentul sinuciderii a prezentat tulburări psihice temporare în legătură cu care nu și-a putut da seama de cele înfăptuite.

Pentru efectuarea expertizei **post-mortem** este necesar ca organele de urmărire penală să acumuleze toate datele despre persoana care s-a sinucis, inclusiv dezvoltarea în copilărie, perioada de elev, caracterul. Se va ține cont de relațiile din familie, dacă expertizatul nu a făcut abuz de alcool, nu s-a aflat la evidență la dispecceratul psihoneurologic, adică n-a suferit de boli psihice, dacă nu s-a aflat la tratament în spitalul de psihiatrie etc. Prezintă importanță comportamentul persoanei în cauză înainte de sinucidere, precum și notele din agendă, jurnalul intim, scrisorile lăsate înainte de moarte. Ele pot ajuta la stabilirea personalității celui decedat și a bolii psihice de care a suferit. Obiectivele expertizei sunt:

- stabilirea diagnosticului de boală sau sindrom, privind starea psihică;
- disimulării unei afecțiuni psihice sau excluderea simulării;
- care sunt de fapt trăsăturile personalității și ce legătură au aceste cu o anumită predispoziție generală la acte antisociale (examen psihologice);
- care este capacitatea psihică a persoanei i aceasta din momentul săvârșirii faptei (prin reconstituirea bio-psihopatologică a eventualelor modificări psihice sau tulburări), motivația faptei;
- respectiv aceste aprecieri privind evoluția eventualelor dereglări, adică gradul de pericolozitate actuală și, în general, dacă e să ne referim la potențialul infractogen, antisocial;
- totodată și orientarea măsurilor de siguranță cu caracter un medical, și acestea în vederea tratării, prevenirii și a recuperării sociale a subiectului [96, pp. 134-135].

În toate cazurile expertizii examinează materialul probator și solicită relații suplimentare numai în condițiile existenței certitudinii expertizării persoanei. Luarea la cunoștință în mod inutil a unor materiale probatorii contravine dreptului la protejarea datelor personale ale acestei persoane. Toate informațiile solicitate și primite (verbal sau scris) vor fi analizate neutru în cadrul comisiei. În timpul cercetării cauzelor cu privire la faptele socialmente periculoase săvârșite de către persoanele care pot fi recunoscute iresponsabile trebuie să fie acordată o atenție deosebită clarificării datelor biografice ale acestor persoane, modului lor de trai, comportamentului în societate, în familie, la lucru, dacă face abuz de băuturi alcoolice. Aceste momente sunt condiționate de faptul, că ofițerul de urmărire penală trebuie să soluționeze problemele, legate de alegerea măsurii preventive, recunoașterea unor persoane ca reprezentanți legali. Stabilirea deplină a împrejurărilor enunțate o să ajute instanței de judecată în aplicarea corectă a măsurilor de constrângere cu caracter medical față de persoana care a săvârșit fapta socialmente periculoasă. Examinarea propriu-zisă se efectuează în atmosferă naturală, cu respectarea normelor vizând examinarea psihiatrică și confidențialitatea. Atitudinea membrilor comisiei trebuie să fie o atitudine medicală, indiferent de fapta comisă sau de cauza civilă în care este implicat examinantul. Membrii comisiei trebuie să încerce stabilirea climatului de încredere și de colaborare; nu există diferență între examinarea medicală din cadrul comisiilor medico-legale psihiatrice față de examinările din policlinică sau spital. Examinatul are dreptul de a fi informat asupra situației de expertiză sau asupra investigațiilor impuse de expertiză. Există cazuri când unele persoane încearcă să se eschiveze de la răspunderea penală, simulând o dereglare psihică. Simularea este „o intenție a unui individ sănătos de a apărea în fața psihiatrului

expert ca un om bolnav prin reproducerea simptomelor specifice unei afecțiuni psihice inexistente”.

Simularea poate fi identificată prin mai multe forme:

- simularea propriu-zisă, este atunci când la rândul său individul sănătos încearcă să simuleze tulburări psihice pentru a fi considerat la rândul său lipsit de discernământ, și aceasta cu scopul obținerii unei concluzii de iresponsabilitate pentru fapta sa comisă;
- suprasimularea, este atunci când un individ chiar realmente este bolnav dar acestea la rândul său exagerează cu simptomele afecțiunii sale psihice existente, acesta urmând să pară și mai bolnav decât este (simularea patologică, întâlnită în cazuri mai rare);
- desimularea presupune preocuparea bolnavului psihic de a-și ascunde boala, pentru a obține avantajele dorite (de exemplu, paranoicul încearcă să pară cât mai normal cu putință pentru a fi crezut în tema delirantă).

Simulatorul nu reușește pentru că:

1. Simulantul deci nu ajunge să cunoască toate detaliile bolii psihice simulate, pe care expertul psihiatru le „așteaptă”, iar ele nu apar;

2. Simulantul la rândul său alege acele afecțiuni psihice „impresionante”: țipete, plâns, gesticulații, distrugeri de obiecte, crize psihomotorii etc.; ținându-se prin felul în care își va dirija astfel de crize, deci prin felul în care apelează la exagerări conștiente;

3. Simulantul deseori își modifică tabloul său clinic căutând manifestări de succes, de la o zi la alta;

4. Cei mai mulți „obolesc” după câteva zile de internare, și renunță la tensiunea rolului, recunoscând adevărata lor stare. Încearcă să-și joace „cartea” până la capăt, cei cu infracțiuni grave motiv pentru care expertul psihiatru va dovedi răbdarea necesară până a obține de la pacient renunțarea la simulare [64, p. 90].

După finalizarea expertizei, comisia înaintează anumite concluzii:

1) stabilește, dacă este cazul, vorbind despre diagnosticul stadiului evolutiv și a afecțiunii psihice de fond;

2) stabilește starea psihică la momentul comiterii faptei sau la momentul specificat în cauză;

3) stabilește raportul de cauzalitate între starea psihică la momentul specificat în cauză și fapta comisă;

4) stabilește existența sau inexistența unei boli psihice în momentul expertizei;

5) apreciază această capacitatea psihică care la momentul specificat în cauză, precum și la data expertizei;

6) apreciază potențialul antisocial, și riscul suicidar sau periculozitatea socială și recomandă, instituirea măsurilor de siguranță cu caracter medical la necesitate, argumentat;

7) În caz că la unele obiective nu se poate răspunde sau nu se consideră oportun a se răspunde, comisia va preciza acest aspect, precizarea fiind bine motivată [169, p. 195].

Conform prevederilor art. 151 alin. (1) CPP RM, se poate dispune și efectua expertiza medico-legală psihiatrică la care întocmește un oarecare raport de expertiză medico-legală psihiatrică prin care se va constata starea de **responsabilitate** sau **iresponsabilitate**.

Astfel, noțiunea juridică de responsabilitate, de fapt, este tradusă prin conceptul de discernământ, ca o exprimare a criteriilor medico-legale psihiatrice. În opinia autorului V. Dragomirescu, discernământul persoanei este o aptitudine, respectiv, gradul de dezvoltare intelectuală, calitate condiționată de structura personalității individuale, de experiența de viață de instruire generală și profesională, de educație familială și instituțională. Sub alt aspect sau pe de altă parte acesta se referă și la structura conștiinței de (separat pentru momentul examinării și momentul faptei).

Două componente ale criteriului juridic a stării de iresponsabilitate autorul consideră că prevede:

- manifestarea capacității de a fi conștient de acțiunile/inacțiunile sale fiind cea intelectuală;
- capacitatea de a-și dirija acțiunile, de a le stăpâni ca fiind cea volitivă.

Astfel că, doar prezența a uneia dintre componentele menționate nu va exclude starea de responsabilitate [93].

Unii psihiatri-experti (V. Dragomirescu, O. Hanganu, D. Prelipceanu) apreciază că este timpul să perfecționăm criteriile de evaluare a pericolozității bolnavului psihic, a potențialului antisocial, a reactivității și recuperabilității, dar și multdiscutatul concept de „discernământ diminuat” [93] care prevede o sancționare mai blândă și o răspundere penală „atenuată” - concept, care a fost stipulat în mod expres în unele CP, cum ar fi de exemplu CP român, CP rus, CP ucrainean etc.

Responsabilitatea implică așadar particularitățile personalității făptuitorului (matură, imatură, deteriorată și dementială, nevrotică, dizarmonică, psihotică) [123, p. 382].

Așadar, cu referință la expertiza medico-legală psihiatrică cazuri expuse și descrise anterior după context se vor respecta dispozițiile art. 144 CPP RM (Procedura dispunerii expertizei). O deosebită atenție trebuie acordată întrebărilor, la care va răspunde expertul, fiind important ca acestea să fie clar și corect formulate. Drept modele de formulare a întrebărilor înaintate comisiei de experti psihiatri ar putea fi:

- persoana supusă expertizei suferă sau nu de o maladie psihică?
- dacă suferă atunci de care tulburării psihice suferă persoana supusă expertizei?
- este vorba în situația în cauză de o maladie psihică cu evoluție cronică sau una temporară (tranzitorie)?
- persoana în momentul comiterii infracțiunii suferea oare de o tulburare psihică sau nu? dacă da, atunci putea oare ca această tulburare psihică să influențeze capacitatea persoanei în cauză de a-și da seama de acțiunile sau inacțiunile sale, de a le dirija și de a le prevedea consecințele?
- care este momentul apariției debutului al acestei maladii? etc.

După ce expertul primește toate explicațiile necesare ale organelor judiciare și ale părților, va proceda la efectuarea expertizei, urmând a-și exprima punctul de vedere într-un **raport de expertiză** în conformitate cu dispozițiile art. 151 CPP RM.

Raportul de expertiză cuprinde:

- prima este partea introductivă, în care s-a dispus efectuarea;
- a doua parte este sau consta în descrierea în amănunt a operațiilor expertizei;
- a treia parte sunt concluziile, care cuprind opinia expertului asupra obiectului expertizei și

răspunsurile la întrebările puse.

Raportul de expertiză trebuie semnat de toți cei care au participat la întocmirea lui.

3.4.2. Efectele și aspectele procesuale ale iresponsabilității

Iresponsabilitatea, atunci când este stabilită de organele judiciare, face ca fapta să nu constituie infracțiune și pe cale de consecință, să nu se pună problema răspunderii penale a făptuitorului.

În astfel de situații, acțiunea penală nu poate fi pusă în mișcare, iar dacă a fost pusă în mișcare, nu mai poate fi exercitată. Organul de urmărire penală sau instanța de judecată, după caz, în temeiul art. 10, lit. „e” Cod procedură penală și a art. 11, pct. 2, lit. „a” Cod procedură penală, va dispune scoaterea de sub urmărire penală sau va pronunța achitarea, deoarece „există vreuna din cauzele care înlătură caracterul penal al faptei”.

Chiar dacă fapta a fost comisă de o persoană iresponsabilă, care a acționat fără vinovăție penală, *nu este exclusă răspunderea civilă* pentru prejudiciile materiale, *cu excepția unor cazuri complexe*, când există un concurs cu alte cauze care fac ca fapta să nu constituie infracțiune (legitima apărare, cazul fortuit și starea de necesitate).

Temeiul legal este art. 346, alin. 2 Cod procedură penală, potrivit căruia „când achitarea s-a pronunțat pentru că ... instanța a constatat existența unei cauze care înlătură caracterul penal al faptei sau pentru că lipsește vreunul din elementele constitutive ale infracțiunii, *instanța poate obliga la repararea pagubei potrivit legii civile*”.

În concluzie, în caz de achitare a inculpatului pentru motivul că din cauza unei boli psihice, este iresponsabil, instanța este obligată, în temeiul art. 346, alin. 2 din Codul de procedură penală așa cum a fost modificat prin Legea 281/2003 să se pronunțe cu privire la constituirea de parte civilă [Curtea Supremă de Justiție, decizia penală nr. 1386/1991 republicată, Decizii rezumat set. nr. 2/1992]. Făptuitorul sau persoanele care răspund de faptele acestuia, va fi obligat la plata despăgubirilor civile.

Având în vedere că iresponsabilitatea se referă la o persoană determinată, care suferă de boli psihice cu efect de anihilare, a discernământului, sau se află în stare de inconștiență, este o cauză personală care nu se răsfrânge asupra celorlalți făptuitori.

Dacă persoana iresponsabilă săvârșește fapta în calitate de autor, pentru ceilalți va exista o participație improprie potrivit, art. 31 din Codul penal.

Față de o persoană aflată în stare de iresponsabilitate nu se pot aplica pedepse, deoarece nu răspunde în punct de vedere penal, în schimb – se pot lua măsuri de siguranță prevăzute de legea penală în art. 113 și 114 Cod penal – dacă prezintă pericol social pentru societate.

În situația în care făptuitorul *s-a aflat în stare de inconștiență în momentul comiterii faptei*, dar nu sunt întrunite condițiile legale pentru existența iresponsabilității – fapta constituie infracțiune – temei al răspunderii penale.

Este vorba de acțiunile și inacțiunile efectuate în mod liber, în cunoștință de cauză (actiones liberae in causa), pe care făptuitorul și le-a reprezentat înainte de săvârșirea faptei prevăzute de

legea penală.

Răspunderea civilă operează în toate cazurile de iresponsabilitate, fie pentru persoana lipsită de capacitatea psihică, fie față de persoanele care aveau în pază să supravegheze pe făptuitorul iresponsabil. Desigur se va stabili dacă există vreo culpă din partea acestor persoane pentru a opera răspunderea civilă.

Fapta prevăzută de legea penală săvârșită în stare de iresponsabilitate, *trebuie constatată de organele judiciare în procesul penal.*

Potrivit art. 117 Cod procedură penală, organele de urmărire penală sau instanțele de judecată, după caz, sunt obligate să dispună efectuarea *unei expertize medico-legale cu privire la starea psihică a învinutului sau inculpatului* – ori de câte ori există îndoieli asupra normalității acestuia. Expertiza în aceste cazuri *se efectuează în instituții sanitare de specialitate* și trebuie să constate dacă făptuitorul, în momentul săvârșirii faptei prevăzute de legea penală, a avut capacitatea psihică de a înțelege acțiunile sau inacțiunile sale, ori de a putea fi stăpân pe ele.

În practică, uneori, se strecoară erori în modul de formulare a întrebărilor de către organul de urmărire penală sau instanța de judecată, însoțite de concluzii asemănătoare din partea specialiștilor care efectuează expertiza psihiatrică. Astfel, în mod greșit se pune întrebarea dacă învinutul sau inculpatul răspunde din punct de vedere penal în raport cu bolile psihice de care suferă.

Stabilirea răspunderii penale este un atribut exclusiv al organului judiciar, bazat pe ansamblul probelor administrate, inclusiv expertiza medico-legală psihiatrică.

Pentru aceste considerente pe baza dispozițiilor legale în vigoare, care reglementează procedura și condițiile de efectuare a expertizei psihiatrice, a practicii judiciare în materie și a literaturii de specialitate se poate conchide că întrebările puse de organul judiciar trebuie să se refere la următoarele aspecte:

- *orientarea allopsihică și temporo-spațială a subiectului;*
- *dacă din punct de vedere obiectiv, pe baza explorărilor funcționale, se evidențiază existența unei maladii psihice de natură să afecteze capacitatea persoanei de a discerne sau capacitatea de a se stăpâni;*
- *boala psihică prezentă, în ce măsură afectează discernământul subiectului; dacă în raport cu împrejurările concrete ale săvârșirii faptei și de vârsta făptuitorului există temeuri care să conducă la concluzia că în momentul săvârșirii acesteia a acționat cu sau fără discernământ sau cu discernământ diminuat;*
- *ce măsuri cu caracter medical se impun în acest scop.*

Odată cu constatarea stării de iresponsabilitate, organul de urmărire penală, prin ordonanță, va proceda la scoaterea de sub urmărire penală a învinutului sau inculpatului, iar instanța de judecată va pronunța achitarea în temeiul art. 10, lit. „e” Cod procedură penală și art. 11, pct. 2, lit. „a” Cod procedură penală.

În caz că incapacitatea psihică survine după săvârșirea infracțiunii, în funcție de faza în care se găsește procesul penal, se dispune suspendarea urmăririi penale (art. 239 Cod procedură penală).

Procurorul se pronunță asupra suspendării prin ordonanță (art. 239, alin. 2, Cod procedură penală).

Suspendarea judecății se dispune de instanță pe al cărei rol se află conform art. 303 Cod procedură penală. În mod similar instanța poate dispune amânarea ori întreruperea executării pedepsei în baza art. 453 și respectiv art. 455 Cod procedură penală.

Evident, măsurile de siguranță se pot lua și față de infractorii care au pierdut capacitatea psihică după săvârșirea faptei sau care datorită bolilor psihice de care suferă au discernământul diminuat.

3.5. Actio libera in causa

Așadar, dacă la momentul comiterii acțiunii persoana se află în stare care exclude vinovăția analizate anterior, el nu va răspunde penal, chiar dacă rezultatul se produce după ce el își redobândește deja capacitatea sa intelectuală și volitivă. Iar, dacă, la momentul acțiunii de lovire a victimei de exemplu se afla în stare de beție involuntară completă, este fără relevanță faptul că decesul ei intervine imediat sau după un interval mai mare de timp, când autorul era responsabil. În nicio situație el nu va răspunde penal pentru fapta comisă. Însă, dacă, făptuitorul comite și, după dispariția stării de iresponsabilitate acte de executare el va putea fi tras la răspundere pentru aceste acte. Se poate, deci, afirma, pe această bază, că momentul evaluării responsabilității, momentul în raport de care intervine reproșul pentru conduita antijuridică, coincide cu momentul comiterii acțiunii [157, p. 456]. Această regulă este, potrivit opiniilor expuse în literatura de specialitate, susceptibilă de o excepție, în cazul așa-numitei *actio libera in causa*. Această noțiune se utilizează a desemna situația în care, autorul nu era responsabil, la momentul comiterii acțiunii, dar, dacă a provocat cu vinovăție însă cauza viitoare sale iresponsabilități la un moment anterior, când a fost responsabil. De exemplu, o persoană ajunge voluntar în stare de beție completă, stare în care comite o infracțiune. Tot astfel, angajatul căilor ferate, responsabil cu semnalizarea circulației, adoarme în timpul serviciului și astfel se produce coliziunea a două trenuri [157, p. 456]. În acest caz, chiar dacă sau deși autorul nu mai are capacitatea de a înțelege și nici autocontrol la momentul comiterii acțiunii, tocmai în considerarea faptului că la momentul provocării stării de iresponsabilitate, el însă totuși va fi responsabil pentru infracțiunea comisă, și aceasta deoarece capacitatea volitivă și cea intelectuală erau prezente. De aici și apare sintagma și explicația ei care este de fapt folosită pentru a denumi asemenea situații: deși cauza ei se situează la un moment în care autorul dispunea în mod liber de voința deși acțiunea nu s-a desfășurat în condițiile unei voințe libere [299, p. 311].

Atestăm că nu există un punct de vedere unitar în legătură cu fundamentarea teoretică a construcției în literatura de specialitate *actio libera in causa*. Astfel, în timp ce unii autori o tratează ca o veritabilă excepție de la regula potrivit căreia responsabilitatea se analizează în raport de momentul acțiunii, alții consideră că în realitate nu este vorba de o excepție, întrucât în acest caz executarea acțiunii a început odată cu provocarea stării de inconștiență. Un al treilea grup de autori propun o justificare bazată pe modelul autorului mediat în cazul infracțiunilor intenționate (autorul se folosește pe sine ca instrument în comiterea infracțiunii) și pe încălcarea unei obligații de diligentă în cazul

infracțiunilor din imprudență (culpă) comise în stare de iresponsabilitate provocată (prin inducerea acestei stări, autorul creează un risc pentru valorile ocrotite de lege) [157, p. 456].

În CP român, ca și în CP RM nu se conține vreo reglementare generală în materie, limitându-se la a se preciza că beția anume provocată pentru comiterea unei infracțiuni constituie o circumstanță agravantă. În realitate, însă, domeniul de incidență al *actio libera in causa* nu se reduce la materia beției și nici la ipotezele de provocare deliberată a stării de iresponsabilitate. Așa cum se poate imagina, vom fi de asemenea în prezența unei *actio libera in causa* și în cazul în care o persoană își provoacă o stare de iresponsabilitate în condițiile fostului art. 48 CP român din 1969, așa cum se întâmplă atunci când adoarme în timpul executării unei acțiuni susceptibile de a duce la comiterea unei infracțiuni, sau când acceptă să fie hipnotizată de o altă persoană. În practică trebuie să distingem între mai multe posibile situații descrise de *actio libera in causa*, în funcție de poziția subiectivă a autorului.

Când acesta își provoacă starea de iresponsabilitate, cu scopul de a comite o infracțiune este o primă astfel de situație. Așa se întâmplă atunci când, neavând curaj să comită infracțiunea dorită, autorul își provoacă starea de beție sau acceptă să fie hipnotizat în acest scop. În asemenea cazuri în măsura în care vedem că infracțiunea comisă este cea urmărită și dorită, autorul va fi supus răspunderii pentru o infracțiune comisă intenționat. Dacă, însă, el săvârșește și o altă infracțiune din imprudență (culpă), va răspunde și pentru aceasta. De exemplu, după ce și-a provocat starea de beție, autorul pornește cu mașina spre casa victimei pe care dorea să o ucidă, dar pe drum comite un accident de circulație soldat cu moartea unui pieton. În acest caz, el va răspunde pentru un omor intenționat în privința victimei dorite (dacă a apucat să o ucidă) și pentru o infracțiune din imprudență (culpă) în cazul pietonului.

Respectiv, când autorul comite o infracțiune și nu și-a provocat starea de iresponsabilitate, fără să o comită intenționat, este cea de a doua situație. Adică este practic situația în care, deja, la momentul provocării stării de iresponsabilitate acceptat faptul, că în această situație el ar putea comite o infracțiune și prevăzut acest fapt. Așa se întâmplă, de exemplu, atunci când autorul știe că suferă de o afecțiune psihică și că în condițiile consumului de alcool devine cu siguranță iresponsabil și violent, dar cu toate acestea întrebunțează în continuare băuturi alcoolice. În mod unanim în doctrină și jurisprudență se confirmă faptul că va fi antrenată pentru o infracțiune intenționată o răspundere penală a autorului. Controversată rămâne, însă, rezolvarea ipotezei în care își provoacă subiectul aceasta din imprudență (culpă) această stare de iresponsabilitate. Astfel, autorul acceptă să fie hipnotizat de o altă persoană sau consumă băuturi alcoolice și nu prevede, deși putea și trebuia să prevadă, că în această stare va comite o infracțiune. Dacă sub imperiul stării astfel induse subiectul ucide o persoană, sunt propuse două soluții de doctrină.

Autorul italian C. Fiore consideră că și în această situație soluția rămâne cea a unei infracțiuni intenționate, care trebuie reținută în sarcina autorului [299, p. 406]. În argumentare se arată că intenția și imprudență (culpa), ca elemente ale conținutului infracțiunii, nu pot fi influențate de

atitudinea subiectului anterioară comiterii infracțiunii, aceasta din urmă neavând alt rol decât cel de a înlătura posibilitatea invocării cauzei de iresponsabilitate, care, altfel, ar fi exclus vinovăția. În doctrina de specialitate românească (G. Antonu) s-a invocat în acest sens că luarea în considerare pentru calificarea faptei a poziției subiective a autorului din momentul inducerii stării de iresponsabilitate ar lăsa nesancționate numeroase fapte care nu sunt incriminate decât atunci când au fost comise cu intenție (furtul, huliganismul, ultrajul, tulburarea liniștii publice), deși ele se comit frecvent în stare de beție [22, p. 243]. Practica judiciară s-a raliat în general acestei opinii doctrinare. Analiza unor soluții de speță relevă faptul că în caz de iresponsabilitate provocată, instanțele românești sunt preocupate doar de a motiva nereținerea unei cauze de înlăturare a vinovăției, fără a analiza dacă starea de iresponsabilitate a survenit deliberat sau din imprudență (culpă). Astfel, în context, s-a decis că nu este iresponsabil inculpatul care se găsea într-o stare de inconștiență datorită beției voluntare complete pe fondul unei boli psihice preexistente, starea de beție putând constitui în acest caz doar o circumstanță atenuantă. Mai mult, într-o altă cauză s-a decis că, dacă inculpatul, știind că este bolnav și îi este interzisă consumarea băuturilor alcoolice, a consumat asemenea băuturi, ajungând într-o stare agresivă în care a comis o tentativă de omor, el nu poate beneficia de reținerea stării de beție voluntară completă - ca o circumstanță atenuantă. În niciuna dintre aceste spețe instanțele române nu au analizat poziția subiectivă a inculpatului la momentul producerii stării de beție voluntară completă în raport de eventuala comitere a unei infracțiuni, reținând întotdeauna o infracțiune intenționată.

Potrivit opiniei altor doctrinari (A. Galderon, J. Choclân, M. Cobo del Rosal, T. Vives Anton, F. Streteanu) [291, p. 229; 157, p. 456], dacă starea care a generat iresponsabilitatea s-a produs din imprudența (culpa) autorului, în sarcina acestuia trebuie reținută o ucidere din culpă și nu un omor intenționat. La această opinie, susținută și de literatura românească mai veche [139, pp. 329-330; 90, p. 392] ne raliem pe deplin și noi. În condițiile în care vinovăția autorului nu poate fi analizată decât în raport de momentul în care acesta dispunea de o voință liberă, nu considerăm că răspunderea lui efectivă ar trebui stabilită prin raportare la momentul comiterii acțiunii, în care el era lipsit de capacitatea de a înțelege și a voi. Soluția constatării vinovăției prin raportare exclusivă la un moment în care lipsea premisa esențială a acesteia (răspunderea) ar deschide calea unei răspunderi obiective, în aserțiunea noastră, doar răspunderea obiectivă poate explica o condamnare a autorului în considerarea unei fapte intenționate pe care, atunci când era responsabil nu a prevăzut-o, iar atunci când a comis-o era în fapt iresponsabil. De altfel, în doctrină este quasiunanim admisă opinia potrivit căreia, chiar în caz de beție preordinată, dacă infracțiunea comisă este diferită de cea pe care autorul și-a propus-o, el va răspunde pentru o faptă din culpă și nu pentru o infracțiune intenționată, în măsura în care nu a prevăzut sau acceptat posibilitatea comiterii acesteia la momentul provocării stării de iresponsabilitate. Astfel, se consideră că atunci când autorul își provoacă starea de iresponsabilitate cu scopul de a comite un furt, dar ulterior săvârșește o vătămare corporală, el va răspunde pentru vătămare corporală din imprudență (culpă), în măsura în care săvârșirea acestei infracțiuni era o consecință previzibilă a stării de iresponsabilitate. În măsura în

care comiterea faptei în această stare era imprevizibilă, autorul nu va răspunde nici cu titlu de imprudență sau culpă pentru aceasta [157, p. 456].

Menționăm că această ultimă opinie este susținută în doctrina italiană ca și o propunere de îmbunătățirii legislației pentru viitor, chiar și de autorii care nu o acceptă de lege lata [299, p. 407]. În context, ea a fost expusă în unele din proiectele Codului penal italian, din anul 1992 al noului CP italian. Potrivit art. 31, în caz de *actio libera in causa* autorul răspunde doar pentru o infracțiune intenționată atunci când în momentul cauzării stării de iresponsabilitate a acționat cel puțin cu intenție indirectă în privința infracțiunii comise ulterior și, respectiv, pentru o infracțiunea comisă din imprudență sau culpă, când infracțiunea previzibilă în consecință a stării respective iar în situația în care fapta comisă nu era incriminată în ipoteza comiterii ei din imprudență sau culpă nu va răspunde de fel.

Din aceste rațiuni, considerăm că și instanțele românești ar trebui să stabilească în fiecare caz în parte dacă, în momentul provocării stării de iresponsabilitate, inculpatul a dorit, acceptat sau nu a prevăzut, deși putea și trebuia să prevadă, comiterea infracțiunii pe care ulterior a săvârșit-o în stare de iresponsabilitate; în cazul în care a prevăzut și a dorit sau a acceptat comiterea acestei fapte, îi va fi imputată cu titlu de intenție directă sau eventuală. În caz contrar, se va reține în sarcina făptuitorului o infracțiune din imprudență sau culpă, în măsura în care fapta comisă este reglementată și în această formă de vinovăție imprudentă. Susținem pe deplin opinia exprimată în literatura de specialitate [citată după 159, p. 456], potrivit căreia pentru a satisface pe deplin exigențele principiului legalității este necesară o consacrare legislativă a situațiilor de *actio libera in causa*. Proiectul din 1992 al noului CP italian ar putea fi o sursă de inspirație în acest sens. În același context, cu referire la art. 95 CP RM, în privința stărilor de iresponsabilitate și a bolilor psihice pe parcursul raporturilor penale, am susține că, așa cum am invocat anterior deja, momentul la care se apreciază existența stării de responsabilitate a subiectului la comiterii acțiunii este anume momentul comiterii ei. Conform prevederilor art. 95 alin. (1) CP RM: „... persoana care, în timpul executării pedepsei, s-a îmbolnăvit de o boală psihică, ce o lipsește de posibilitatea de a-și da seama de acțiunile sale sau de a le dirija, este liberată de executarea pedepsei. instanța de judecată îi poate aplica măsuri de constrângere cu caracter medical acestei persoane”. Art. 95 alin. (2) CP RM prevede că: „... persoana care, până la pronunțarea sentinței sau în timpul executării pedepsei, s-a îmbolnăvit de o boală gravă, alta decât cea specificată la alin.(1), ce împiedică executarea pedepsei, poate fi liberată de executarea pedepsei de către instanța de judecată”. Anterior, conform CP RM din 1961, această categorie de liberare de la executarea pedepsei era prevăzută de art. 342 CP RM. Însă, pentru prima dată, categoria și noțiunea de liberare de pedeapsă penală în cauză a fost însă reglementată direct de CP RM din 2002.

Lista altor boli grave care condiționează liberarea de la executarea pedepsei este aprobată de către Ministerul Sănătății. De aceea, instanței de judecată i se prezintă avizul medical (art. 101 CP RM) sau al expertizei medico-legale privind starea sănătății condamnatului, prin care se stabilește și se atestă faptul de împiedicare a executării pedepsei. Însă, acest temei nu are caracter obligatoriu,

precum în cazul bolilor psihice. Liberarea respectivă de pedeapsă penală este lăsată la discreția instanței de judecată. Astfel, instanța de judecată, soluționând chestiunea liberării de executarea pedepsei, se bazează nu doar pe gravitatea bolii, dar și pe alte circumstanțe. În temeiul art. 95 CP RM, instanța de judecată va dispune liberarea de executarea pedepsei a persoanelor grav bolnave din rază teritorială se află instituția sau organul care asigură executarea pedepsei pe baza demersului acestora (art. 291 alin.(1)-(2) CE RM, art. 469-471 CPP RM). Astfel, în situația în care s-a îmbolnăvit o persoană de o boală psihică în timpul executării pedepsei, ea devenind la rândul său una incapabilă să-și dirijeze acțiunile sale sau să-și dea seama de ele, pedeapsa pentru fapta penală săvârșită i se aplică de către instanța de judecată deja după însănătoșire, și aceasta dacă nu a expirat termenul de prescripție și respectiv, sau dacă nu există unele motive pentru a fi liberat de răspundere penală și de pedeapsă (art. 102 alin. CP RM).

În cazul îmbolnăvirii de o maladie psihică a unei persoane care execută pedeapsa, aceasta poate fi liberată de pedeapsă pe baza deciziei instanței de judecată. Motiv pentru liberare servește boala survenită, confirmată prin documentele medicale respective: concluzia comisiei medicale a instituției care pune în executare pedeapsa condamnatului concret. Măsuri de constrângere cu caracter medical instanța de judecată va poate aplica față de aceste persoane.

O particularitate cazurilor vizate este faptul că liberarea persoanelor grav bolnave de la executarea pedepsei se extinde asupra tuturor condamnaților, indiferent de categoria infracțiunilor săvârșite și de măsura de pedeapsă. Liberarea persoanelor grav bolnave de la executarea pedepsei, conform art. 95 alin. (1) CP RM, se poate efectua numai în cazurile de boală psihică sau îmbolnăvirea persoanei are loc în timpul executării pedepsei, de fapt, care și o lipsește de posibilitatea de a dirija sau de a-și da seama de acțiunile sale Pentru liberarea de executarea pedepsei, în corespundere cu art. 95 alin. (2) CP RM, este necesară stabilirea cu exactitate a tipului maladii și timpului îmbolnăvirii vinovatului.

Boala gravă presupune apariția unei stări deosebit de periculoase a sănătății și, nicidecum, simpla schimbare, înrăutățire a sănătății persoanei condamnate (pierderea parțială sau integrală a capacității de muncă etc.). Boala gravă poate provoca invaliditatea totală, pierderea posibilității de a se deplasa, a vorbi etc. Boala gravă sau invaliditatea totală a condamnatului servesc drept temei pentru liberarea de executare a pedepsei. Din conținutul art. 95 alin. (4) CP RM rezultă că instanța de judecată decide în mod diferențiat supunerea persoanelor menționate în alin. (1)-(2) pedepsei în caz de însănătoșire cu condiția să nu fi expirat termenele prescripției prevăzute la art. 60 și 97 CP RM.

În cazul în care persoanei i-a fost aplicată măsura de constrângere cu caracter medical (a urmat un tratament spitalicesc), acest termen se include în durata executării pedepsei (art. 88 alin. (3) CP RM - timpul aflării persoanei sub arest preventiv până la judecarea cauzei se include în termenul închisorii, calculându-se o zi pentru o zi, art. 88 alin. (5)-(6) CP RM).

Așadar, prin computare se înțelege scăderea din durata de executare a unei pedepse privative de libertate a timpului reținerii sau al arestului preventiv. Practica judiciară curentă pune în evidență diferite soluții ale instanțelor de judecată în legătură cu măsura procesuală a arestului preventiv, instanțele de

judecată având obligația să se pronunțe, prin hotărâre, cu privire la starea de arest a inculpaților, fie menținând starea de arest a acestora, fie soluționând problema sub aspectul computării arestului preventiv. În aceeași ordine de idei, se aplică și jurisprudența instanțelor naționale.

După cum am menționat anterior, la soluționarea chestiunilor de liberare de executarea pedepsei a persoanelor bolnave de o boală psihică, de care s-au îmbolnăvit pe parcursul executării pedepsei, conform art. 95 alin. (1) CP RM, se are în vedere o boală psihică iar în temeiul art. 471 alin. (5) CPP RM, instanța dispune efectuarea expertizei psihiatrice privind posibilitatea aplicării în privința condamnatului a măsurilor de constrângere cu caracter medical. Iar, după cum știm, conform art. 23 alin. (1) alin. (2) CP RM este definită starea de responsabilitate, iar în conformitate cu art. 21 alin. (1) CP RM, numai persoana responsabilă poate fi subiect al infracțiunii. Responsabilitatea persoanei este prezumată și nu trebuie dovedită. Însă, în cazurile în care apar îndoieli cu privire la starea de responsabilitate a bănuțului, învinuțului sau inculpatului, organele urmăririi penale și instanțele judecătorești sunt obligate să stabilească starea psihică a acestora, adică responsabilitatea sau iresponsabilitatea lor. Din dispozițiile cuprinse în art. 23 CP RM mai rezultă de fapt că la baza iresponsabilității stau două criterii (medical și juridic), iar față de aceste persoane, în baza hotărârii instanței judecătorești, pot fi aplicate măsuri de constrângere cu caracter medical prevăzute de art. 98-102 CP RM.

Îmbolnăvirea de o boală psihică după săvârșirea infracțiunii, în principiu, nu servește drept temei pentru liberarea făptuitorului de răspundere penală. Față de o asemenea persoană, în baza hotărârii judecătorești, pot fi aplicate măsuri de constrângere cu caracter medical, iar după însănătoșire ea poate fi supusă pedepsei, dacă nu există alte motive pentru liberarea ei de răspundere penală și de pedeapsă sau dacă nu a expirat termenul de prescripție sau (art. 102 CP RM). În același sens, se invocă corespunzător și practica CtEDO (cauza Winterwerp v. Olanda din 29.10.1979, pct. 37, 39) [337]. În opinia CtEDO, doar cu excepția cazurilor de urgență, această persoană nu va trebui privată de libertate numai dacă s-a demonstrat într-un mod evident că aceasta suferă de anumite „tulburări mintale”. Chiar natura faptului de a se aprecia sau stabili în fața autorităților naționale competente – și aceasta printr-o expertiză de ordin medical realizată în mod obiectivă, respectiv, dacă se va constata o anumită tulburare mintală reală – Chiar și mai mulț decât atât, gravitatea sau natura acestei tulburări mintale trebuie să justifice într-un mod obligatoriu internarea obligatorie. Respectiv, valabilitatea continuării internării va depinde mult și de persistența unei astfel de tulburări. În același sens s-a pronunțat practica judiciară din Republica Moldova într-o hotărâre de unificare a acestei practici. O asemenea soluție poate, după caz, fi adoptată și în privința condamnatului liberat pe motiv de boală gravă, care, de asemenea, s-a însănătoșit. Prescripția nu se extinde asupra măsurii de siguranță - confiscarea bunurilor dispuse prin sentință în temeiul art. 106 CP RM. Conform art. 469 alin. (1) pct. 17) CPP RM, pot fi explicate suspiciunile sau neclaritățile apărute. În acest sens există și jurisprudența instanțelor naționale, care particularizează că în cazul expirării termenului de prescripție, sentința de condamnare se adoptă fără stabilirea pedepsei cu liberarea de răspundere penală [Decizia Ira-23 8/2004].

Conform art. 471 alin. (1) CPP RM și art. 291 CE RM, în baza demersului unui organ

competent sau al instituției penitenciare și la cererea condamnatului chestiunea de liberare de pedeapsă pe motiv de boală se examinează. În acest sens, s-a exprimat și jurisprudența CtEDO (cauza Gul v. Elveția din 19.02.1996) [342]. În opinia noastră, aceste prevederi sunt lacunare în ceea ce privește art. 95 alin. (2) CP RM sau cel puțin omisive în privința faptului că după cum menționează că persoana care, după săvârșirea infracțiunii sau în timpul executării pedepsei, s-a îmbolnăvit de o boală gravă, alta decât cea specificată la alin.(1), ce împiedică executarea pedepsei, poate fi liberată de executarea pedepsei de către instanța de judecată. În aserțiunea noastră, există necesitatea de a se propune norma în următoarea redacție: „Persoana care atât, după săvârșirea infracțiunii sau în timpul executării pedepsei cât și, până la săvârșirea, s-a îmbolnăvit de o boală gravă, alta decât cea specificată la alin. (1), ce împiedică executarea pedepsei, va putea fi liberată de executarea pedepsei de către instanța de judecată”.

Operarea cu sintagma de „persoana care până la săvârșirea” o considerăm necesară din perspectiva mai multor rațiuni și considerente. În acest sens, CtEDO a constatat un anumit număr de încălcări grave ale art. 3 din CEDO în cauzele referitoare la unele maltratări fizice.

În cauzele Tomasi c. Franței (1992) [328.] și Ribitsch c. Austriei (1995) [328], ea a conchis încălcarea articolului 3 în cazuri când indivizii prezentase documente pertinente cu privire la răni care le-au fost aplicate în timpul arestului, iar guvernul nu a prezentat nici o explicație credibilă cu privire la cauza acestor răni. De asemenea, în cea de-a doua cauză menționată, Curtea a precizat că orice recurgere la forța fizică care nu era neapărat necesară prin conduita deținutului constituie, în principiu, încălcarea articolului 3. O asemenea conduită nu ar include refuzul de a se supune unei percheziții până la înfățișarea în fața tribunalului (în cauza Satik și alții c. Turciei (2000) [329], reclamantii fuseseră loviți din acest motiv de membrii personalului penitenciar și de către jandarmi). Statului îi revine să verifice dacă forța aplicată la momentul arestării nu contravine interzicerii relelor tratamente (Rehbock c. Sloveniei [330]: încălcarea într-o cauză în care maxilarul reclamantului fusese frânt în timpul arestării sale). În cauza Puntea c. României (2003) [331], o persoană plasată în detenție preventivă fusese grav rănită de tovarășii săi de celulă recidiviști, dară ca gardianul să considere că este necesar de a interveni. După acest incident, interesatul fusese încătușat și menținut în aceeași celulă apoi a fost constrâns să călătorească în picioare într-un vagon de cale ferată timp de mai multe zile fără să fi primit cea mai mică îngrijire pentru diversele fracturi consecutive în rezultatul violențelor asupra lui. Curtea a subliniat că, dacă o persoană moare în închisoare, Statul este obligat de a furniza o explicație plauzibilă în ceea ce privește cauza decesului și în special detaliile și precizările cu privire la fracturile de care suferea (Salman c. Turciei (2000) [361]).

Până relativ nu demult, CtEDO era reticentă să constate o încălcare a art. 3 cu privire la plângerile vizând condițiile de detenție și nu la maltratările fizice aplicate de autorități în închisoare.

Totuși, ea a conchis că a fost încălcată această dispoziție într-o cauză când un deținut a fost plasat într-o celulă strâmtă și neaerisită cu toalete fără cabine timp de cel puțin două luni (Peers c. Greciei) [333] și într-o celulă suprapopulată și murdară dotată cu o instalație sanitară și material

pentru culcat nesatisfăcător, fără deschidere spre exterior care să permită intrarea aerului proaspăt și lumina zilei și fără cel mai mic loc pentru a face exerciții (Dougoz c. Greciei (2001) [334]). În cauza Kalashnikov c. Federației Ruse (2002) [335], reclamantul fusese reținut într-o celulă de 17 metri pătrați în compania a 23 de persoane. Iluminarea electrică și televiziunea erau permanent aprinse iar prizonierii erau constrânși să se culce pe rând. Lipsa igienei provocase grave probleme de sănătate precum pierderea unghiilor la mâini sau picioare.

CtEDO a conchis o încălcare a articolului. Dacă ar fi să ne mai referim și la unele practici sau tratamente inadecvate în locurile de detenție, apreciem că un individ în detenție este totalmente dependent de autorități pentru a-și satisface nevoile cele mai primare. Această vulnerabilitate provoacă obligațiunea pentru aceste autorități de a ține cont de particularitățile și cerințele fiecărui deținut, atât în timpul detenției interesatului, precum și atunci când este reținut sau se află sub controlul Statului. În ceea ce privește decizia inițială de plasare într-un centru de detenție, CtEDO a considerat că detenția unei femei cu mari dizabilități, în condiții în care ea risca să-i fie frig, condiții care ar putea să-i provoace escare, căci patul său este foarte dur sau greu accesibil, și o obliga să se ducă la toaletă sau sași facă toaleta cu mari dificultăți, constituie un tratament degradant contrar art. 3 [340]. CtEDO a atras atenție asupra unei încălcări a art. 3, nu doar în privința maltratărilor fizice aplicate deținuților de către autorități, însă și asupra modului de îngrijire medicală și circumstanțele în care acestea au fost prestate constituiau un tratament inuman sau degradant - cauza McGlinchey și alții, c. Regatului Unit (2003) [336] - tratament medical neadecvat aplicat de către autoritățile de detenție unei persoane heroinomane, care suferea de simptome de lipsă [328]. De asemenea, se enunță și cazul unui deținut bolnav de cancer, tot timpul în lanțuri, supus îngrijirilor intime în prezența agenților escorte și lipsit de o întreținere adecvată. CtEDO a mai constatat încălcări ale art. 3 într-o cauză în care un deținut de sex masculin fusese percheziționat la corp, inclusiv o examinare a părților genitale, în prezența unei femei - cauza Vulasinas, c. Lituaniei [338] și într-o cauză în care regimul de detenție într-o închisoare cu regim de securitate maximă, includea perchezițiile la corp - Van der Ven c. Glandei (2003). [339]

CtEDO a examinat mai multe cauze în care reclamantii alegau încălcări ale art. 3 inerente controlului neadecvat sau necorespunzător ale condițiilor de detenție, ținându-se cont de circumstanțele personale ale deținutului [369], părinții unui tânăr care s-a sinucis în timp ce ispășea o pedeapsă cu închisoarea de patru luni au ajuns să stabilească că drepturile interesatului în termenii art. 3 au fost încălcate, totodată, din lipsa unei supravegheri eficiente a stării sale și a consultației specialiștilor în psihiatrie și impunerii sancțiunilor disciplinare. Astfel, persoanele internate pentru boli mintale grave sau alte probleme psihiatrice au susținut uneori că supunerea forțată la un tratament medical sau alt tratament contravenea art. 3 hotărârea sa Herczegfalvy c. Austriei (1992) [341]. CtEDO a considerat că o măsură necesară din punct de vedere terapeutic nu ar putea fi considerată ca fiind inumană sau degradantă în sensul CEDO. Mai mult ca atât, persoana se bucură de protecția CEDO și în situația tratamentului. Un delicvent juvenil fusese condamnat la lovituri de bici pe insula Man. CtEDO a considerat că asemenea violență instituționalizată aducea atingere demnității sale și

integrității fizice, tratându-l ca „pe un obiect în mâinile puterii publice” cauza Tyrer c. Regatului Unit (1978) [342]. CtEDO a mai stabilit ca aproape orice uz de violență nejustificată din partea unui organ de ordine este contrar demnității umane și art. 3 CEDO [343].

În RM identificăm asemenea ipoteze de situații referitoare la dreptul de ocrotire a sănătății a deținutului Marcel Cebotari, condamnat la 16 ani închisoare de tip închis, invalid de gardul I, aflat în detenție în Penitenciarul nr. 9, localitatea Pruncul, reprezentat de A. Hramcenco. În asemenea situații sunt violate, dar și garantate de art. 36 din Constituție - dreptul la ocrotirea sănătății. În context, art. 36 alin. (1) prevede că dreptul la ocrotirea sănătății este garantat, iar art. 36 alin (2)-(3) - minimumul asigurării medicale oferit de stat este gratuit, respectiv – după cum este bine știut, mijloacele de protecție a sănătății fizice și mintale a persoanei și structura sistemului național de ocrotire a sănătății se stabilesc potrivit unei legii organice. Dreptul la ocrotirea sănătății a căpătat recunoaștere după cel de-al doilea război mondial mai ales de anvergură internațională. Pentru prima dată, în anul 1946, acest drept fundamental este înscris în Constituția Organizației Mondiale a Sănătății, al cărei preambul proclamă faptul că o stare perfectă de sănătate pe care poate să o atingă un om constituie un drept fundamental al oricărei ființe umane, indiferent de rasă, religie, vederi politice, situație economică sau socială.

Ulterior, dreptul la sănătate a fost înscris în numeroase acte internaționale [Declarația Universală a Drepturilor Omului (art.25) [1]; Pactul Internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale (art.12) [2]; Declarația universală pentru eliminarea definitivă a foametei și malnutriției [4]; Declarația Națiunilor Unite asupra mediului [5]; Convențiile și Declarațiile Națiunilor Unite asupra mediului și dezvoltării (adoptate la Conferința de la Rio de Janeiro din 1992)] [6]. La nivel mondial, problemele privind dreptul la sănătate sunt de competența Organizației Mondiale a Sănătății [15] (O.M.S.), al cărei principal scop este să ducă toate popoarele la cel mai înalt grad de sănătate. În jurisprudența sa, Curtea Constituțională s-a expus privitor la dreptul la ocrotirea sănătății [86]. Astfel, RM este parte la o serie de acte și organizații internaționale a căror preocupare este sănătatea și multiplele ei aspecte, iar o parte din aceste acte sunt de forță juridică supremă, obligând statul la respectarea și implementarea lor plenară Convenția Unică asupra stupefiantelor (1961) [9] și Protocolul de modificare (1972) [9]; Convenția asupra substanțelor psihotrope (1971) [10]; Convenția contra traficului ilicit de stupefiante și substanțe psihotrope ONU din (1988) [14]. Pentru implementarea principiilor consacrate de actele internaționale și pentru realizarea obligațiilor inerente, Constituția RM stipulează în art. 36 alin. (1), că dreptul la ocrotirea sănătății este garantat.

Din reglementările internaționale rezultă câteva caracteristici ale dreptului la ocrotirea sănătății:

- este și drept individual, și drept colectiv;
- statul, autoritățile statale, persoanele private și oricare cetățean au obligații negative (de abstențiune) și obligații pozitive (de acțiune).

Cel puțin din aceste rațiuni, considerăm necesară introducerea noțiunii de „persoana care până la săvârșirea” în conținutul art. 95 CP RM. Pentru aceste situații considerăm că s-ar impune în mod

necesar, mai ales dacă am fi în prezența unei boli incurabile modalități suplimentare de liberare de pedeapsă, fie prin modalitatea prevăzută la art. 90 CP RM (Condamnarea cu suspendarea executării pedepsei penale), fie în sensul agravării ei în timpul executării sau ulterior comiterii infracțiunii ca să se dispună o modalitate specială prevăzută la art. 91 CP RM (Liberarea condiționată de pedeapsă înainte de termen).

3.6. Efectele constatării iresponsabilității penale și temeiurile pentru aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical

Referitor la efectele iresponsabilității, așa cum am anticipat deja, ea înlătură cea de-a treia trăsătură generală a infracțiunii - vinovăția, excluzând astfel posibilitatea aplicării unei pedepse sau unei măsuri educative. În schimb, iresponsabilitatea nu afectează tipicitatea și antijuridicitatea faptei, făcând posibilă aplicarea unor măsuri de siguranță (de exemplu, internarea medicală). Pe măsură ce afecțiunea psihică de care suferă inculpatul deși nu înlătură, ci doar îi atenuază într-o anumită măsură capacitatea de înțelegere sau voință, respectiv vinovăția penală în asemenea situații sau stări nu este deci înlăturată. Însă instanța are posibilitatea a analiza aceste circumstanțe cu ocazia individualizării judiciare a pedepsei, putând să o rețină chiar cu titlu de circumstanță atenuantă judiciară. Și în această ipoteză va fi posibilă aplicarea măsurilor de siguranță, alături de pedeapsa pronunțată. Prin *alte cauze* se înțeleg cele în afara beției, minorității până la 14 ani sau 16 ani și erorii de fapt esențiale, care sunt prevăzute în mod distinct de legea penală. Datorită acestor cauze lipsește fie factorul de prevedere, fie cel de voință sau amândoi. Starea de tulburare oricât ar fi de puternică nu intră în această categorie.

Teoria dreptului penal recunoaște ca infracțiune fapta social-periculoasă (acțiune sau inacțiune) care atenuază la viața și sănătatea persoanei, la orânduirea de stat, la sistemul politic și economic, precum și alte fapte social - periculoase prevăzute de legea penală, săvârșite de o persoană responsabilă intenționat sau din imprudență. În timpul aprecierii pericolului social a oricărei infracțiuni, săvârșite de o persoană sănătoasă psihic, se ține cont atât de latura obiectivă a infracțiunii (metoda acțiunii, locul și timpul săvârșirii infracțiunii, legătura causală dintre acțiune sau inacțiune și consecințele infracționale survenite), cât și de latură subiectivă (comportamentul învinuitului, motivele infracțiunii, scopul, atitudinea față de fapta săvârșită). Acțiunile socialmente periculoase, săvârșite de persoane psihic bolnave, nu pot fi imputate acestor persoane și de aceea nu se consideră infracțiune. Datorită schimbării activității sale psihice bolnavul înțelege în mod șubred scopul acțiunii sale. De aceea latura subiectivă a încălcării de lege, săvârșită de o persoană iresponsabilă nu trebuie luată în considerare. Motivele, impulsurile și intenția bolnavului trebuie să fie luate în vedere numai în aspectul psiho-patologic, în special pentru aprecierea stării psihice și gradului de periculozitate pentru societate. Conducându-se de aceste considerente, legiuitorul din RM a prevăzut cele expuse mai sus în legislație. Astfel, conform art. 51 alin. (1) din Constituția RM [65], *persoanele handicapate beneficiază de o protecție specială din partea întregii societăți. Statul asigură pentru ele condiții normale de tratament, de readaptare, de învățământ, de instruire și de*

integrare socială. Art. 51 alin. (2) prevede că *nimeni nu poate fi supus nici unui tratament medical forțat decât în cazurile prevăzute de lege.*

De asemenea, și art. 4 alin. (1) din Legea privind asistența psihiatrică stabilește că asistența psihiatrică se acordă la cu consimțământul sau solicitarea benevolă a persoanei, cu excepția cazurilor prevăzute de lege, specificând aceste prevederi în coroborare cu art. 23 alin. (1) CP RM, pot fi aplicate față asemenea persoane la rândul său măsuri de constrângere cu caracter medical, prevăzute de CP (art. 98-103 CP RM).

Art. 98 CP RM stabilește că din măsurile de siguranță fac parte măsurile de constrângere cu caracter medical care sunt niște sancțiuni cu caracter sau natură preventivă, destinate preîntâmpinării săvârșirii unor fapte prevăzute de codul penal de către persoanele împotriva cărora ele se aplică și orientate spre excluderea pericolului posibil. Măsurile de siguranță indicate în art. 98 CP RM sunt exhaustive [20, p. 232], și respectiv sunt:

- măsurile de constrângere cu caracter medical;
- cu caracter educativ;
- expulzarea;
- confiscarea specială.

Lista măsurilor de siguranță, conform dispozițiilor art. 112 CP român [62], este:

- internarea medicală;
- obligarea la tratament medical;
- interzicerea de a ocupa o funcție sau de a exercita o meserie, o profesie ori o altă ocupație;
- interzicerea de a se afla în anumite localități;
- expulzarea străinilor;
- confiscarea specială;
- interdicția de a reveni în locuință familiei pe o perioadă determinată.

La sfârșitul sec. XIX, în urma apariției unor multiplele lucrări ale reprezentanților școlii pozitiviste, s-a conturat teza precum că lupta contra criminalității, dusă numai în codurile penale în limitele pedepselor fixate, s-a dovedit a fi în foarte multe cazuri ineficace. Astfel s-a constatat că există anumite categorii de delincvenți care se situează în afara represiunii penale: iresponsabilii, toxicomanii etc. Aceste persoane, vorbind despre lupta împotriva infracțiunilor, sunt considerate ca „*stări de pericol*” de care trebuie să se ocupe legea penală, respectiv ele se găsesc implicate în cauzalitatea unor fapte prevăzute de legea penală, și totodată - sunt scoase la lumină tocmai prin săvârșirea acestor fapte. Respectiv „*stări de pericol*” excluse prin aplicarea unor pedepse, ci numai prin măsuri cu caracter preventive [90, p. 273].

S-a expus opinia necesității introducerii unor măsuri sau mijloace, astfel că după ispășirea pedepsei sau chiar și în lipsa existenței unei pedepse și grație lor combaterea criminalității va continua. În așa fel, aceste măsuri în doctrină și în proiectele legislative de la sfârșitul sec. XIX și înc. sec. XX au

fost intitulată - *măsuri de siguranță*. Un eveniment important care a grăbit introducerea măsurilor de siguranță în legislațiile penale din Europa a fost *Conferința internațională pentru codificarea dreptului penal*, desfășurată la Roma în anul 1928. Măsurile de siguranță, sub această denumire, au fost introduse pentru prima dată în CP român din anul 1936. Unele măsuri de siguranță au fost prevăzute și în CP din 1844, dar nu sub această denumire, ci sub denumirea de pedepse. CP român din 1936 prevedea măsurile de siguranță împreună cu măsurile educative și tutelare față de minori. Pentru prima dată în CP român din 1968 s-a dat cu adevărat o reglementare științifică măsurilor de siguranță care au fost separate de măsurile educative [86, p. 304].

În RM, pentru prima dată măsurile date au fost denumite ca fiind „măsuri de siguranță” în anul 2003, odată cu adoptarea CP, fiind introduse în Cap. X - „Măsurile de siguranță”. În CP din 1961, măsurile date erau denumite măsuri de constrângere cu caracter medical și educativ.

Măsurile de siguranță de la (art. 98 CP RM stabilește că măsurile de siguranță au scop înlăturarea unui pericol dar și preîntâmpinarea comiterii noilor faptelor incriminate de legea penală) au, în principal, caracterul de prevenire, și preîntâmpinare ori prin înlăturarea stărilor de pericol ceea și determină dispunerea acestor măsuri, săvârșirea unor fapte incriminate de legea penală [75, p. 274]. Cu tot caracterul lor preventiv, măsurile de siguranță au în subsidiar și un caracter coercitiv, de constrângere, deoarece ele sunt impuse de instanțele de judecată împotriva voinței persoanei față de care ele se iau. Prin caracterul subsidiar al măsurilor de siguranță, acestea se aseamănă cu pedepsele, care sunt, prin excelență, mijloace constrângătoare. Măsurile de siguranță, intervenind față de persoanele care au comis fapte incriminate de legea penală, în vederea înlăturării unor stări de pericol, juridic vorbind au caracteristica unor sancțiuni de drept penal, în timp ce pedeapsa este o sancțiune penală, incidența ei fiind determinată de existența răspunderii penale pentru fapta săvârșită [86, p. 305]. De fapt, măsurile de siguranță sunt ca și niște sancțiuni de drept penal, care au ca scop de fapt înlăturarea pericolului generate de fapte incriminate de legea penală constând din măsuri de constrângere cu caracter preventive [65, p. 584]. Din definiția oferită măsurilor de siguranță rezultă că acestea prezintă următoarele trăsături caracteristice:

- *măsurile de siguranță sunt prevăzute de legea penală;*
- *se aplică față de persoanele care au săvârșit fapte incriminate de legea penală și care denotă o stare sau situație de pericol;*
- *măsurile de siguranță se dispun numai de organele judiciare și se iau în scopul prevenirii săvârșirii de noi infracțiuni* [86, p. 306].

Măsura cu caracter medical poate fi dispusă doar persoanelor care au săvârșit fapta incriminată de legea penală. Este vorba despre persoanele care au comis infracțiunea într-o stare psihică de iresponsabilitate sau dacă respectivele persoane au fost în stare de responsabilitate la comiterea infracțiunii, dar s-au îmbolnăvit de o boală psihică fie până la judecarea cauzei, respectiv au fost recunoscute iresponsabile. Art. 13 din Legea privind asistența psihiatrică prevede că *măsurile medicale coercitive se aplică în instituțiile de psihiatrie ale organelor de ocrotire a sănătății*.

Din punct de vedere juridic înainte de a aplica măsurile de constrângere cu caracter medical

trebuie de stabilit dacă *persoana vinovată este responsabilă sau nu*.

Astfel că, la modul de aplicare a măsurilor de constrângere cu caracter medical se stabilesc trei temeuri de aplicare a acestor măsuri [19].

Persoana a săvârșit o faptă social-periculoasă, prevăzută de legea penală.

Recunoașterea persoanei date ca iresponsabilă la momentul săvârșirii faptei social-periculoase sau recunoașterea ei în urma luării deciziei, sau chiar în momentul executării pedepsei, care-l eliberează de posibilitatea de a-și da seama de acțiunile sau în acțiunile sale, sau a le conduce.

Recunoașterea persoanei ca social-periculoase pentru societate [125].

Sunt formulate în fine *trei niveluri ale funcțiilor practice ale tratării forțate: primul nivel* este social sau juridic, *al doilea nivel* este cel medical, *al treilea nivel* este cel individual.

În esență, măsurile de siguranță sunt *sanctiuni de drept penal* constând în măsuri de constrângere *cu caracter preventiv*, care au drept scop *înlăturarea unor stări de pericol* generatoare de fapt prevăzute de legea penală [63¹].

Potrivit legislației penale ruse măsurile de constrângere cu caracter medical sunt niște măsuri, prevăzute de legea penală și *aplicate de către judecată față de ireponsabili*, care au săvârșit infracțiuni, precum și față de *alcoolici și narcomani*.

Scopul măsurilor de constrângere cu caracter medical aplicate celor ireponsabili care au săvârșit infracțiuni este *nu educarea acestor persoane, ci tratarea lor* deoarece boala lor este un factor ce favorizează săvârșirea infracțiunilor.

De asemenea aplicarea acestor măsuri de constrângere sunt îndreptate spre protecția societății de asemenea a persoanei [„Statul și dreptul”, Moscova 1992, nr. 7. p.112].

Ajutorul de psihiatric și garantarea drepturilor omului în acordarea acestor categorii de persoane în scopul rezolvării a patru probleme:

1. Apărarea drepturilor și intereselor legitime ale cetățenilor în cazul acordării unui ajutor psihiatric;
2. Apărarea persoanelor, ce suferă de unele dereglări psihice de la discriminarea socială pe baza diagnozei psihice etc.;
3. Aplicarea societății de la faptele social periculoase ale persoanelor, ce suferă de dereglări psihice;
4. Apărarea medicilor, personalului medical și al altor specialiști, încadrați în sfera de acordare a ajutorului psihiatric, asigurarea unor privilegii ca lucrători, ce activează în condiții social periculoase etc. [154, p.19].

Măsurile de constrângere cu caracter medical constau în obligarea persoanei care a săvârșit o faptă prevăzută de legea penală și care suferă de anumite *deficiențe de ordin mintal* sau *face abuz de substanțe alcoolice sau narcotice* să urmeze un anumit tratament medical. Din cele menționate observăm că măsurile de siguranță din Codul penal vizează *alienații mintali, alcoolicii și narcomanii*.

În paragraful de față vor fi analizate măsurile de constrângere cu caracter medical care vizează *alienații mintali*.

Astfel, conform art. 99 din CP al RM, *starea de pericol* decurge din *starea psihică malativă a făptuitorului*.

În conformitate cu sensul art. 101 CP al RM măsurile de constrângere cu caracter medical pot fi aplicate persoanelor:

- Care au săvârșit fapte social periculoase, prevăzute de legea penală în c stare de iresponsabilitate. În acest caz ele sunt eliberate de răspunderea penală;

- Care s-au îmbolnăvit de o boală psihică după săvârșirea faptei social periculoase, dar până la pronunțarea sentinței, fapt ce le lipsește de posibilitatea de a-și da seama de acțiunile lor sau să le conducă. Aceste persoane sunt eliberate de pedeapsa penală. După însănătoșire ele pot fi supuse pedepsei, dacă n-a expirat termenul de prescripție sau dacă n-au apărut alte motive pentru absolvirea lor de răspunderea penală și pedeapsă;

- Care s-au îmbolnăvit în timpul ispășirii pedepsei în continuare aceste persoane se eliberează de însănătoșire, potrivit art. 102 CP al RM către ele se pot aplica pedepse penale, dacă nu sunt motive pentru absolvirea ei.

În conformitate cu art. 103 CP al RM dacă instanța de judecată care *nu va găsi necesar de a aplica măsuri de constrângere cu caracter medical* precum și în cazurile *încetării aplicării unor astfel de măsuri*, ea îl poate *încredința spre îngrijire rudelor sau tutorilor cu supraveghere medicală obligatorie*.

În scopul determinării caracterului periculozității bolnavului, sunt utilizați indicii medico-psihiopatologici și socio-psihiologici.

La indicii medico-psihiopatologici se referă:

a) ideile delirante cu un conținut concret, îndreptate împotriva unor persoane sau organizații și care sunt însoțite de tensiune afectivă, în special, ideile geloziei, influenței sexuale etc.;

b) starea de depresie cu delir de autoînvinuire;

c) stările psihice periodice însoțite de agresivitate;

d) stările maniacale și cu dezechilibrare și spirit de pseudo-întreprinzător.

Stările medico-psihiopatologice pot fi agravate de următorii factori sociopsihologici:

a) indicii neadaptării sociale: lipsa de lucru, neasigurarea materială, problema locuinței, lipsa familiei ori starea de conflict familial, susceptibilitatea față de influența antisocială;

c) tendința spre abuzul sistematic de alcool, droguri sau alte substanțe toxice;

d) comportamentul criminal până la boală, continuarea repetată a acțiunilor prejudiciabile;

e) încălcarea regimului de spital în timpul internărilor anterioare.

Procedura aplicării măsurilor de constrângere cu caracter medical este determinată de art. 488-502 CPP. De exemplu, conform art. 493 CPP, este recunoscut reprezentant legal al persoanei în privința căreia se efectuează procedura de aplicare a măsurilor de constrângere cu caracter medical, una dintre rudele apropiate ale acesteia, iar în lipsa lor, o altă persoană, prin **ordonanța organului de urmărire penală sau încheierea instanței de judecată**.

Noțiunea de aflare în instituția psihiatrică pe baza hotărârii judecătorești presupune din partea

statului acțiuni de acordare a ajutorului medical persoanei devenite iresponsabile, pe de o parte, și, pe de altă parte, izolarea acesteia pentru a exclude pericolul săvârșirii faptelor prevăzute de legea penală. Acest fapt urmează să fie documentat și, în caz de însănătoșire, dacă nu a expirat termenul de prescripție sau dacă nu există alte temeiuri de liberare de răspundere penală și de pedeapsă penală.

Internarea în instituția psihiatrică (art.490 CPP RM) se efectuează la constatarea faptului de îmbolnăvire a persoanei în privința căreia se efectuează urmărire penală și care se află în **stare de arest**, judecătorul de instrucție dispune, în temeiul demersului procurorului, internarea ei în instituția psihiatrică, adaptată pentru deținerea persoanelor arestate. Internarea în instituția psihiatrică a persoanelor **care nu se află în stare de arest** se efectuează în condițiile prevăzute în art. 152 CPP RM, Legea privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope [12] și în Regulamentele instituțiilor narcologice, centrului de dezintoxicare medicală din cadrul Ministrului sănătății RM, instituției de reabilitare socială ale sistemului penitenciar al Ministrului Justiției etc.

Când măsura obligării la tratament medical însoțește **pedeapsa închisorii** ori a **detențiunii pe viață** sau privește o persoană aflată în stare de deținere, comunicarea copiei de pe dispozitivul hotărârii și a copiei de pe raportul medico-legal se face administrației locului de deținere.

Măsura internării provizorii durează până la confirmarea acesteia de către instanța de judecată, pe baza avizului comisiei medicale, fiindcă conform art. 489 alin. (3) CPP RM „Persoana în cauză va fi supusă unei **expertize psihiatrice judiciare** numai dacă există suficiente date care arată că anume această persoană a săvârșit infracțiunea, pentru care se efectuează urmărirea penală” [3].

Modalitățile cu caracter medical sunt enumerate în art. 99 CP RM, care prevede că:

- *internarea într-o instituție psihiatrică cu supraveghere obișnuită;*
- *cu supraveghere riguroasă.*

Până la intrarea în vigoare a CP RM, conform art. 55 CP RM (adoptat la 24 martie 1961) instanța de judecată putea să aplice următoarele măsuri de constrângere cu caracter medical:

- internarea într-un spital de boli mintale cu supraveghere obișnuită;
- de boli mintale cu supraveghere intensivă;
- de boli mintale cu supraveghere riguroasă.

CP al Federației Ruse prevede un număr mai larg de cu caracter medical, prevăzute conform art. 99 alin. (1) CP al Federației Ruse. În particular:

- examinarea ambulatorică forțată și tratarea psihiatrică;
- internarea într-un staționar psihiatric cu supraveghere obișnuită;
- internarea într-un staționar psihiatric de tip specializat;
- internarea într-un staționar psihiatric de tip specializat cu supraveghere intensivă [227, p. 206].

Conform legislației penale române sunt prevăzute măsurile de siguranță cu caracter medical ca fiind:

- obligarea la tratament medical;

- internarea medicală.

Obligarea la tratament medical este măsura de siguranță cu caracter medical, care constă în obligația făptuitorului care din cauza unei boli ori a intoxicării cronice stupefiante sau prin alcool, alte asemenea substanțe conjugată cu pericolul care îl prezintă persoana sa pentru societate, existând riscul că el să comită noi fapte prevăzute de legea penală [86, p. 312].

Dacă persoana față de care s-a luat această măsură nu se prezintă regulat la tratament, instanța poate dispune internarea medicală. Pe o durată nedeterminată se ia măsura de siguranță a obligării la tratament medical. Ea durează pe întreaga perioadă de timp cât tratamentul este necesar, adică până la însănătoșirea făptuitorului. Dacă a intervenit însănătoșirea măsura se revocă.

Această *internare medicală* este de fapt o măsură de siguranță cu caracter medical, care constă de fapt în internarea forțată a persoanei a săvârșit o faptă prevăzută de legea penală și există pericolul ca ea să săvârșească și alte asemenea fapte într-un institut medical de specialitate care, datorită faptului că este bolnavă mintal ori toxicomană [65, p. 590].

Internarea medicală ca măsură se dispune față de făptuitorul care a comis fapta incriminată de legea penală care are o alterare psiho-fizică gravă, în sensul că el nu-și înțelege în mod normal de acțiunile sau inacțiunile sale și nu le mai poate stăpâni pe acestea. Odată constatată stare de pericol pentru societatea în care se află făptuitorul, din cauza bolii mintale sau toxicomaniei, el este obligat pe cale judiciară la privarea de libertate și, deci, să fie dus și menținut în unitatea sanitară la care s-a dispus internarea. Aplicarea măsurii de siguranță a internării medicale se face, la nevoie, prin constrângere, internatul fiind obligat totodată să se supună tratamentului necesar [65, p. 592]. Măsura de siguranță a internării medicale se ia pe o durată nedeterminată, respectiv până la însănătoșirea făptuitorului.

Legislația penală a RM prevede că instituțiile curative în care se asigură executarea măsurii de constrângere cu caracter medical sunt de două tipuri:

- instituții psihiatrice cu supraveghere obișnuită;
- instituții psihiatrice cu supraveghere riguroasă.

Tipul instituției psihiatrice în care urmează să fie spitalizată persoana este stabilit de către instanța de judecată, în baza concluziilor experților psihiatri, prezentate în scris conform procedurii penale, și ținându-se cont de gradul prejudiciabil al faptei săvârșite și de prezența pericolului persoanei date pentru societate, odată internate sau spitalizate aceste persoane sunt supuse unui control permanent intensiv din partea personalului medical. Așadar, după cum rezultă din conținutul legii (art. 99 CP RM), măsurile cu caracter medical conțin un concept juridic și unul medical [87, p. 306].

Aceste măsuri se desfășurează de către și în cadrul instituțiilor curative ale organelor de ocrotire a sănătății.

Internarea medicală se stabilește atunci când făptuitorul este bolnav mintal ori toxicoman și se află într-o stare care prezintă pericol social pentru societate [154].

Caracterul sancționar al acestei măsuri constă în internarea medicală în mod obligatoriu, deci în privarea de libertate impusă de organele judiciare, într-un institut medical unde va fi supus unui

tratament adecvat. Măsura se ia pe timp nedeterminat, durând până la însănătoșirea, dacă se constată *o sensibilă ameliorare*, poate fi înlocuită cu *obligarea la tratament medical* [154].

În conformitate cu legislația penală rusă în calitate de măsuri de constrângere cu caracter medical față de cei bolnavi psihic, care au săvârșit infracțiuni poate fi folosită încadrarea lui într-un spital de tip (cu regim) special.

În spitalul cu caracter general se internează prin hotărârea instanței de judecată persoanele care prin starea sa psihică și prin caracterul faptei socialmente periculoase săvârșite prin caracterul faptei socialmente periculoase săvârșite, au nevoie de întreținere medicală și trageră forțată [171].

Internarea într-o instituție psihiatrică cu supraveghere obișnuită poate fi aplicată de către instanța de judecată unui alienat care, din cauza stării psihice și caracterului faptei prejudiciabile săvârșite, are nevoie de îngrijire spitalicească și de tratament în condiții de supraveghere obișnuită (art. 100 din CP al RM). Instituțiile psihiatrice cu supraveghere obișnuită sunt secțiile spitalului de psihiatrie sau ale altei instituții medicale care acordă asistență psihiatrică. Executarea măsurilor de constrângere cu caracter medical nu este funcția de bază a acestor secții sau instituții, în care, pe lângă persoanele cărora li s-au fixat măsuri de constrângere, urmează tratamentul și alți bolnavi pe baze generale, conform legii privind asistența psihiatrică [14]. Regimul acestor staționare psihiatrice este unul închis, în care nu are loc o supraveghere permanentă și neîntreruptă, de aceea la stabilirea acestei măsuri trebuie să se țină cont de starea persoanei, care să permită aflarea ei în staționar și efectuarea tratamentului fără măsuri suplimentare de securitate. De regulă, această măsură nu se stabilește persoanelor care au săvârșit infracțiuni violente contra persoanei și care manifestă, tendințe de agresiune.

Internarea într-o instituție psihiatrică cu supraveghere riguroasă se aplică alienatului mintal, care, din cauza stării psihice și caracterului faptei prejudiciabile săvârșite, prezintă un pericol deosebit pentru societate și are nevoie de îngrijire spitalicească și de tratament în condiții de supraveghere riguroasă. Această măsură se execută în condiții care exclud posibilitatea săvârșirii de către persoana de noi fapte prejudiciabile (alin. (2) și (3) ale art. 100 din Codul penal al Republicii Moldova). Din norma legală rezultă că această măsură presupune un regim special, intensiv, de supraveghere a persoanei, care se realizează prin luarea măsurilor de prevenire a evadării acestor persoane, de preîntâmpinare a săvârșirii unor noi fapte prevăzute de legea penală de către ele, precum și metode de tratament specifice de profilaxie și reabilitare. Indivizii internați în instituții cu un astfel de regim necesită o supraveghere continuă și riguroasă, dat fiind caracterul infracțiunilor săvârșite (de regulă, infracțiuni grave, deosebit de grave și excepțional de grave), pericolul pe care îl prezintă persoana lor (manifestarea de tendințe criminale, de agresiune etc.), ceea ce face imposibilă reabilitarea și efectuarea tratamentului în condițiile regimului cu supraveghere obișnuită.

Referindu-ne la *internarea într-o instituție psihiatrică cu supraveghere obișnuită* poate fi aplicată de către instanța de judecată unui **alienat** care, din cauza stării psihice și a caracterului faptei prejudiciabile săvârșite, are nevoie *de îngrijire spitalicească și de tratament în condiții de supraveghere obișnuită*.

Internarea într-o instituție psihiatrică cu supraveghere riguroasă poate fi aplicată de către instanța de judecată unui alienat care, din cauza stării psihice și a caracterului faptei prejudiciabile săvârșite, prezintă un pericol deosebit pentru societate și are nevoie de îngrijire spitalicească și de tratament în condiții de supraveghere riguroasă.

Instituțiile psihiatrice privind asistența psihiatrică, conform legii nr. 1402 din 16.12.97 (Monitorul Oficial nr. 44 - 46/310 din 21.05.98), sunt garantate de stat (art. 16 din lege) și sunt finanțate din fondul ocrotirii sănătății, fondul de asigurare medicală și din alte surse neinterzise de lege.

Drept temei pentru spitalizare, în sensul art. 100, îl constituie hotărârea instanței judecătorești.

Asistența psihiatrică staționară se acordă în condiții **minime de restricții**, care asigură securitatea persoanei spitalizate și a altor persoane, respectându-se drepturile și interesele lor legitime de către personalul medical. Măsurile de imobilizare fizică și de izolare se aplică sub controlul permanent al personalului medical numai în situațiile, în formele și în perioada în care, după părerea medicului-psihiatru, nu este posibilă prevenirea prin alte metode a acțiunilor persoanei care prezintă un pericol nemijlocit pentru sine sau pentru cei din jur. Toate aceste acțiuni aplicate față de persoana spitalizată se consemnează în documentația medicală.

În instituțiile de psihiatrie în care sunt internate persoanele conform hotărârii judecătorești statul instituie un serviciu de apărare a drepturilor pacienților, care este independent de organele ocrotirii sănătății și soluționează reclamațiile și cererile pacienților în coroborare cu organele de urmărire penală sau cu instanțele judecătorești.

Tipul instituției psihiatrice (cu supraveghere obișnuită sau cu supraveghere riguroasă) în care urmează să fie spitalizată persoana este stabilit de instanța de judecată, pe baza concluziilor experților-psihiatri, prezentate în scris conform procedurii penale, și ținând cont de gradul prejudiciabil al faptei săvârșite și de prezența pericolului persoanei date pentru societate.

Persoanele internate în instituțiile psihiatrice cu **supraveghere riguroasă sunt supuse unui control permanent, intensiv** din partea personalului medical. În cazurile internării acestor persoane și a persoanelor care necesită tratament în condiții obișnuite, pentru asigurarea securității, când există necesitatea de a preveni tentativele de atac la viața și sănătatea celor din jur, urmărirea sau reținerea acestora, colaboratorii poliției sunt obligați să acorde ajutor personalului medical.

Așadar, măsura de siguranță a **obligării la tratament medical** constă în obligarea făptuitorului de a se prezenta la tratament medical până la însănătoșire dacă din cauza unei boli ori a intoxicației cronice prin alcool, stupefiante sau alte asemenea substanțe, prezintă pericol social.

În cazul unei evoluții a stării sănătății psihice a bolnavului, care poate fi atât în sensul însănătoșirii, cât și al agravării acesteia, instanța poate schimba tipul măsurii, care să fie mai potrivită cu starea sa.

Dacă instanța de judecată nu va găsi necesară aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical unui alienat, precum și în cazul **încetării aplicării unor astfel de măsuri**, ea îl poate **încredința spre îngrijire rudelor sau tutorilor**, dar sub o supraveghere medicală obligatorie (alin.

(4) al art. 101 din Codul penal al Republicii Moldova).

Indicatorul privind **încetarea** aplicării **măsurilor de constrângere cu caracter medical** este, în primul rând, **însănătoșirea persoanei**. Or, nu de fiecare dată se poate vorbi despre o însănătoșire deplină a unui alienat mintal. De cele mai multe ori are totuși loc o schimbare a stării sănătății bolnavului, în sensul că tulburările psihice nu mai prezintă o stare de pericol pentru însuși bolnavul sau pentru alte persoane, sau ca nu mai sunt legate de pericolul cauzării unui prejudiciu considerabil. În majoritatea cazurilor, se produce o îmbunătățire a stării psihice a bolnavului *în urma tratamentului* sau a *măsurilor de reabilitare*. În unele cazuri însă *scăderea probabilității săvârșirii unor fapte periculoase* nu este o consecință a îmbunătățirii, ci a înrăutățirii indicatorilor clinici ai dereglării psihice. De exemplu, progresarea oligofreniei, pierderea capacitații pentru acțiuni consecvente, scăderea activității ca rezultat al progresării alienației psihice cronice conduc în mod obiectiv la scăderea pericolului social al persoanei. Dacă astfel de schimbări poartă un caracter stabil, aceasta servește drept temei pentru punerea și soluționarea problemei cu privire la revocarea măsurilor de constrângere cu caracter medical, în baza faptului atingerii scopului lor [213].

Potrivit art. 466 CPP RM, hotărârile instanțelor penale devin executorii la data când au rămas definitive. Aceasta este regula generală pentru activitatea de executare ce se desfășoară în faza procesuală a executării. În anumite situații, expres prevăzute de lege, ca excepție de la regula generală, sunt executorii și unele hotărâri nedefinitive.

În conformitate cu art. 499 CPP RM [3], după rămânerea definitivă a hotărârii penale de obligare la tratament medical se comunică o copie de pe dispozitiv și o copie de pe raportul medico-legal direcției sanitare din județul pe teritoriul căruia locuiește persoana față de care s-a luat această măsură. Direcția sanitară județeană va comunica de îndată persoanei față de care s-a luat măsura de siguranță unitatea sanitară corespunzătoare la care urmează să i se facă tratamentul medical adecvat bolii sau intoxicației cronice. Instanța de executare a măsurii de siguranță va comunica persoanei în cauză că este obligată să se prezinte de îndată la unitatea sanitară la care urmează să i se facă tratamentul, atrăgându-i-se atenția că în caz de nerespectare a măsurii se va dispune internarea medicală. Comunicarea copiei de pe dispozitivul hotărârii judecătorești definitive se va face și către administrația locului de deținere în cazul în care obligarea la tratament medical însoțește pedeapsa închisorii sau privește o persoană aflată în stare de deținere.

De asemenea, instanța de executare comunică persoanei față de care s-a luat măsura că este obligată să se prezinte de îndată la unitatea sanitară respectivă, atrăgându-i-se atenția că, în caz contrar, se va dispune internarea medicală. Măsura de siguranță a **obligării la tratament medical** constă în obligarea făptuitorului de a se prezenta la **tratament medical până la însănătoșire** dacă din cauza unei boli ori a intoxicației cronice prin alcool, stupefiante sau alte asemenea substanțe, prezintă pericol social.

În legătură cu executarea obligării la tratament medical unele **obligații revin și unității sanitare** la care a fost repartizat făptuitorul pentru efectuarea tratamentului - instituției psihiatrice.

Măsura se ia pe un termen neidentificat, adică nedeterminat însă **încetează odată cu însănătoșirea persoanei**. Când persoana nu-și îndeplinește obligațiunea de a se prezenta regulat la

tratament medical, se dispune internarea medicală.

Aceste măsuri au un conținut juridic în legătură cu faptul că temeiul aplicării lor, modalitatea, procedura de aplicare, ***schimbare și stingere*** sunt determinate de normele legii penale. Procedura cu privire la aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical este reglementată de normele legii de procedură penală.

În continuare vorbind despre ***schimbarea sau revocarea măsurilor de constrângere cu caracter medical*** constatăm că *se comit greșeli* și la examinarea cazurilor cu privire la schimbarea sau revocarea măsurilor de constrângere cu caracter medical.

Contrar prevederilor legii unele judecătoriai nu verifică minuțios temeiurile propunerii cu privire la *revocarea sau schimbarea măsurii de constrângere cu caracter medical*, nu clarifică în măsura cuvenită rezultatele tratamentului efectuat și condițiile în care se va afla această persoană după revocarea măsurii de constrângere cu caracter medical, precum și necesitatea supravegherii în continuare și a tratamentului.

Foarte des astfel de dosare se examinează de către judecătoriai, în lipsa procurorului, reprezentantului comisiei medicale, rudelor apropiate sau reprezentanților legali.

Dacă există temeiuri suficiente pentru examinare, persoanelor enumerate în al I al art. 288 CPP al RM trebuie să fie anunțate la timp despre locul și data ședinței judiciare. Potrivit al. 3 art. 298 CPP al RM în ședința dispozitivă cauza se prezintă numai când există motive pentru a asista procedura de aplicare a măsurilor de constrângere cu caracter medical sau pentru a restitui dosarul pentru efectuarea unei anchete suplimentare.

La examinarea acestor dosare în ședință este necesar să ***se verifice probele care dovedesc*** sau combat săvârșirea de către persoana în cauză a faptei social periculoase de legea penală și controlate alte împrejurări, care au importanță pentru soluționarea dosarului. Cu acest scop în ședința judiciară trebuie să fie chemați victimele sau pătimașii, reprezentanții legali, martorii, experții pentru a conchide asupra stării psihice a acestei persoane. Aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical este posibilă numai în cazul, dacă se consideră dovedit faptul că persoana, în privința căreia se examinează dosarul, a săvârșit o faptă social periculoasă, care conține semnele unei crime concrete.

Dacă în timpul efectuării *expertizei judiciare-psihice* se stabilește că persoana, care a săvârșit o faptă socială periculoasă, s-a îmbolnăvit de o tulburare mintală temporară, care împiedică aprecierii stării psihice la momentul săvârșirii faptei social periculoase, dosarul în privința acestei persoane, trebuie să fie suspendat până la clarificarea stării psihice a ei.

În cazul când se consideră dovedit cazul că persoana a săvârșit o faptă social periculoasă ***în stare de iresponsabilitate*** sau ***după săvârșirea infracțiunii s-a îmbolnăvit de o boală mintală***, în partea descriptivă a deciziei trebuie să fie expuse circumstanțele săvârșirii faptei, stabilite de către judecată pe baza probelor verificate ...partea dispozitivă a deciziei trebuie să conțină indicațiile despre absolvirea acestei persoane de răspundere penală, sau de pedeapsă și de aplicare față de ea a unei măsuri de constrângere cu caracter medical, tipul spitalului de boli mintale, sau de încetare a dosarului

și ne aplicării acestor măsuri.

Dacă pe parcursul dezbaterilor dosarului, care a fost primit cu rechizitoriu vor apărea temeiuri de a socoti că persoana în privința căreia se examinează dosarul, poate fi recunoscută iresponsabilă sau că s-a îmbolnăvit după săvârșirea faptei de o boală mintală, judecata poate încheia dezbaterile fără restituirea dosarului pentru efectuarea cercetărilor suplimentare. În acest timp trebuie să fie respectate regulile, prevăzute de art. 299 CPP al RM. Dacă pe acest dosar s-a efectuat cercetarea penală el trebuie să fie restituit pentru efectuarea anchetei suplimentare.

În cazul săvârșirii de către câteva persoane unei fapte social periculoase, prevăzute de legea penală judecata este în drept să examineze în același timp chestiunea despre vinovăția unor persoane și despre pronunțarea deciziei cu privire la aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical în privința altor persoane, care au săvârșit fapta indicată în stare de iresponsabilitate sau care s-au îmbolnăvit de o boală psihică după săvârșirea infracțiunii. În astfel de cazuri sentința în privința unor cazuri și decizia despre aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical în privința altor persoane se pronunță în același timp. Dacă examinarea comună a dosarului în privința persoanelor numite nu este posibilă, materialele cu privire la aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical trebuie să fie separate într-o procedură aparte.

Judecătorii trebuie să țină cont de faptul că particularitățile dezbaterilor judiciare pe această categorie de dosare sunt: participarea neapărată la examinarea lor a procurorului, apărătorului, lipsa susținerilor verbale în locul cărora judecata ascultă concluzia procurorului, și părerea apărătorului. Refuzul la apărător pe aceste dosare nu poate fi primit de către judecată. În cazul încheierii cercetării preliminare fără participarea apărătorului, dosarul trebuie să fie restituit pentru efectuarea unei anchete suplimentare, din cauza încălcării esențiale a legii procesului penal.

Judecata ținând cont de părerea expertului – psihiatru, poate chema în ședința de judecată persoană în privința căreia se pune întrebarea despre aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical (pentru a fi recunoscut de către pătimașii și martorii, sau în cazul dacă apar îndoieli în justiția încheierii expertului – psihiatru și altele).

Măsurile de constrângere cu caracter medical nu pot fi aplicate față de persoana care a fost iresponsabilă în privința faptei săvârșite de ea, răspunderea penală pentru care survine cu condiția dacă anterior această persoană a fost avertizată sau preîntâmpinată cu privire la inadmisibilitatea unei comportări ilegale sau a fost supusă unei pedepse administrative sau influenței obștești. Dosarele în privința a astfel de persoane trebuie să fie sistate din momentul ce fapta nu întrunește elementele constitutive ale infracțiunii. Judecătoria înștiințează organele ocrotirii sănătății despre hotărârea pronunțată pentru organizarea supravegherii necesare și tratamentului bolnavului.

Dacă iresponsabilitatea persoanei, în privința căreia se examinează dosarul, nu este stabilită, dacă îmbolnăvirea persoanei, care a săvârșit infracțiunea, nu înlătură aplicarea față de ea a măsurilor de pedeapsă, instanța de judecată printr-o decizie restituie dosarul pentru efectuarea unei anchete suplimentare.

Dacă săvârșirea faptei social periculoase de către persoana, în privința căreia se examinează

dosarul, nu va fi dovedită, precum și dacă vor fi stabilite circumstanțele care nu sunt prevăzute de art. 5 CPP al RM judecata printr-o decizie sistează dosarul indiferent de faptul prezenței și de caracterul bolii persoanei înștiințând despre aceasta organele ocrotirii sănătății.

Determinarea tipului spitalului de boli mintale pentru tratarea persoanei, care a fost recunoscută iresponsabilă și care are nevoie de tratament forțat, este de competența judecății, dar nu a expertizei judiciar-psihiatrice.

Trimiterea la tratament forțat a persoanei, care a săvârșit în timpul ispășirii pedepsei în colonia de corectare prin muncă o faptă social periculoasă, se realizează numai conform deciziei judecății.

Dacă persoana eliberată anterior de la pedeapsă și trimisă la un tratament forțat în legătură cu îmbolnăvirea de o boală mintală după care în continuare va fi recunoscută iresponsabilă, judecata este obligată să examineze dosarul, în ședința judiciară și să hotărască chestiunea despre eliberarea de răspunderea penală și aplicării ei de constrângere cu caracter medical.

Dacă perioada aplicării măsurilor de constrângere cu caracter medical, datele supravegherii staționare medicale trezesc îndoieli în privința bolii psihice și recunoașterii întemeiate a persoanei care se află la **tratatament forțat drept iresponsabilă**, dosarele în privința a astfel de persoane trebuie să fie reexaminat.

Ținând cont de aceasta că soluționarea cu privire la: responsabilitatea, aplicarea, schimbarea și revocarea măsurilor de constrângere cu caracter medical se referă la competența judecătorilor, atunci și urmărirea persoanei care a săvârșit *o evadare din spitalul de psihiatrie în perioada tratării ei forțate*, se efectuează conform deciziei judecății, care a pronunțat hotărârea despre aplicarea măsurii de constrângere cu caracter medical, sau a judecății de la locul aplicării acestei măsuri.

Revocarea aplicării măsurilor de constrângere a caracter medical se efectuează de către judecată conform propunerii psihiatrului șef al organului ocrotirii sănătății căruia i se subordonează instituția medicală, unde este deținută persoana dată, propunerea bazată pe avizul unei comisii medical, în urma însănătoșirii bolnavului sau în cazul unei astfel de schimbări a stării psihice care a atras după sine micșorarea pericolului pentru societate, în urma căreia dispare necesitatea de întreținere staționară și de tratament. Schimbările formei măsurii de constrângere cu caracter medical se efectuează de asemenea de către judecătoria la propunerea psihiatrului șef, bazată pe avizul unei comisii medicale, în cazul unei astfel de schimbări a stării psihice a bolnavului (sau scoaterea la iveală a particularitățile prezente mai înainte), care exclud necesitatea aplicării măsurii de constrângere cu caracter medical , aplicată anterior și ea trebuie să fie înlocuită cu alta.

În cazul redeschiderii procesului penal și aplicarea celui vinovat a unei măsuri de pedeapsă în formă de privațiune de libertate, timpul tratamentului forțat în spitalul de psihiatrie se include în termenul de ispășire a pedepsei.

Examinând dosarele în privința persoanelor, în care se soluționează chestiunea despre aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical, judecătorii sunt obligate să scoată la iveală circumstanțele, care au contribuit la săvârșirea acțiunilor social periculoase și să ia măsuri pentru înlăturarea lor.

Conform legislației penale rămâne să se constate în mod nemijlocit metoda de aplicare a fiecărei măsuri de siguranță cu caracter medical [125].

Măsura de siguranță a obligării la tratament medical, luat printr-o hotărâre definitivă, se pune în executare prin comunicare a copiei de pe dispozitiv și a copiei de pe raportul medico-legal, direcției sanitare de pe teritoriul căruia locuiește persoana dată de către care s-a luat această măsură. Direcția sanitară vă comunică de îndată persoanei la care urmează să i se facă tratamentul [25].

Unitatea sanitară la care a fost repartizat făptuitorul este obligată să comunice instanței *dacă s-a sustras de la tratament sau este indicat un alt tratament*, dacă este indicat un alt tratament sau dacă este necesar internarea medicală. Măsura de siguranță a internării medicale se pune în executare prin comunicarea copiei de pe dispozitiv și a copiei de pe raportul medical legal al direcției sanitare de pe teritoriul căruia locuiește persoana dată de către s-a dispus această măsură. Direcția sanitară este obligată să efectueze internarea, aducând la cunoștință instanța de executare.

Aceste măsuri în privința persoanelor concrete care au comis fapte socialmente periculoase, infracțiuni (aici se are în vedere persoanele care, la momentul săvârșirii faptei, erau în stare de responsabilitate, dar care după aceasta, în timpul anchetei penale sau cercetării cauzei în instanța de judecată, precum și în timpul executării pedepsei s-au îmbolnăvit de o boală psihică) se aplică numai de instanța de judecată. Respectiv, numai instanța de judecată are dreptul să prelungească, să înlocuiască și să înăsprească măsurile cu caracter medical. Supravegherea în privința subordonării legislației cu privire la aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical o îndeplinește procuratura. Măsurile medicale se numesc de constrângere datorită faptului că ele, după conținut și scopul lor, sunt medicale. Recomandările în legătură cu aplicarea lor le înaintează comisia medico-psihiatrică, inclusiv concluziile cu privire la diagnosticarea bolii psihice, a alcoolismului sau a narcomaniei. Prescripția, tratamentul și profilaxia tulburării psihice, precum și măsurile de reabilitare socială se îndeplinesc de către instituțiile medicale corespunzătoare. După conținutul lor, măsurile medicale sunt și măsuri de securitate, fiind aplicate în instituțiile unde se îndeplinește tratamentul medical forțat. Din cele expuse rezultă faptul că, în timpul aplicării măsurilor de constrângere cu caracter medical, aspectul lor prevalează asupra celui juridic și nu urmăresc un scop de pedeapsă penală. Aplicarea tratamentului medical forțat acestor persoane se realizează doar în conformitate cu indicațiile medicale privind tratamentul bolii psihice, al alcoolismului sau al narcomaniei [115, p. 358].

Trebuie de menționat că tratamentul forțat, după sarcinile sale, se deosebește în mod radical de pedeapsa penală. Pedeapsa are ca scop corectarea și reeducarea condamnatului, în timp ce măsurile de constrângere cu caracter medical pun ca scop însănătoșirea bolnavului și protecția societății de acțiuni periculoase, pentru care el nu poate răspunde datorită stării sale psihice. Aceste măsuri nu au un caracter de osândă, de reprimare, ci sunt îndeplinite, în primul rând, în interesele persoanei bolnave și nu se aplica pe un termen dinainte stabilit, deoarece este greu de apreciat când se va însănătoși persoana sau când se va schimba starea ei psihică spre normal - circumstanțe în care va fi pierdută necesitatea aplicării unor asemenea măsuri.

Aplicarea acestor măsurilor cu caracter medical este posibilă dacă sunt **temeiuri necesare** pentru aceasta și în cazul îndeplinirii condițiilor prevăzute de legislație. Pentru aplicarea **măsurilor de constrângere cu caracter medical** trebuie să existe următoarele teameiuri:

- făptuitorul să fi săvârșit o faptă incriminată de legea penală;
- să fie bolnav mintal, din care cauză nu-și poate înțelege de acțiunile sau inacțiunile sale, nu le poate dirija, aceasta a fost stabilit și apreciat printr-un raport de expertiză psihiatrică fie la judecarea cauzei, fie la faza de urmărire penală;
- să prezinte un pericol pentru societate boală mintală respectivă a făptuitorului, pericol care necesită aplicarea respectivei măsurii;
- constrângerea cu caracter medical care se cere a fi aplicată să fie necesară de a fi dispusă [35, p. 234].

Ca teamei pentru aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical servește pericolul social al persoanei, care rezultă din comportamentul ei anterior și stării bolii mintale și, de asemenea, posibilitatea săvârșirii unor acțiuni socialmente periculoase noi. Aplicarea acestor măsuri este posibilă numai cu condiția că a fost dovedit în cursul ședinței de judecată că este săvârșită fapta socialmente periculoasă, prevăzută de legea penală, și aceasta este săvârșită anume de către persoana iresponsabilă sau care s-a îmbolnăvit de o boală mintală după săvârșirea faptei socialmente periculoase, și această persoană, datorită caracterului faptei și stării sale psihice, continuă a fi periculoasă pentru societate. Deși fapta este prevăzută de CP ca infracțiune, ea nu poate fi recunoscută ca infracțiune în legătură cu lipsa subiectului active al componentei de infracțiune, care, în conformitate cu legea penală, trebuie supus în mod obligatoriu răspunderii penale. Este vorba, deci, despre comiterea faptei socialmente periculoase (prejudiciabile) de către persoana aflată în stare de iresponsabilitate. Pentru prima dată în CP RM se prevede aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical și tratamentul forțat nu față de persoanele care au săvârșit o infracțiune, ci față de persoanele iresponsabile care au comis o faptă socialmente periculoasă. Faptul constă în aceea că persoana iresponsabilă în niciun caz nu poate fi recunoscută ca subiect active al infracțiunii (element obligatoriu al componentei de infracțiune). În asemenea caz poate fi vorba doar o faptă socialmente periculoasă comisă de către o persoană iresponsabilă - persoană care nu conștientizează caracterul prejudiciabil al faptei sale și care nu putea dirija cu comportarea sa [115, p. 356]. Faptele socialmente periculoase săvârșite de către persoanele care suferă de boli psihice pot fi împărțite, după caracterul motivațiilor, în următoarele:

- fapte comise sub influența aiurelii și halucinațiilor (acestea săvârșesc, de regulă, cele mai periculoase fapte contra vieții; de exemplu, până la 70% dintre aceste persoane care suferă de schizofrenie au comis omoruri sub influența aiurelii);
- fapte comise de bolnavi de boli psihice și persoane iresponsabile din cauza nehibzuinței profunde (aceste persoane sunt, de regulă, oligofrenii, care nu pot fi în stare să aprecieze corect evenimentele și faptele săvârșite; cel mai des acestea săvârșesc furturi și acte de huliganism);
- fapte comise în legătură cu slăbirea controlului personal asupra instinctului de înclinație (astfel de bolnavi sunt până la 8% și deseori săvârșesc fapte în lipsa controlului personal asupra

dorințelor sexuale);

- fapte comise în rezultatul degradării afective, care se caracterizează prin incapacitatea emoțională (săvârșesc omoruri, acte de huliganism, cauzează leziuni corporale grave, aduc alte daune sănătății);

- fapte comise în urma degradării conștiinței și lipsei motivelor comportării: în stare crepusculară la epilepsie, în stare de ebrietate patologică, în alte stări asemănătoare (de exemplu, săvârșirea omorului sau a altei fapte socialmente periculoase în mod impulsiv, care poate fi epuizat în amnezia persoanei respective) [183, pp. 24- 40].

Dacă în fapta persoanei nu s-a stabilit un anumit pericol social, aceasta nu înseamnă că față de ultima nu pot fi aplicate măsuri de constrângere cu caracter medical. Dacă așa persoană necesită un tratament după caracterul bolii sale, ea este îndreptată în instituția psihiatrică conform regulilor despre spitalizare fără liberul consimțământ, prevăzute de Legea privind asistența psihiatrică. Art. 28 al acestei legi prevede că persoana poate fi spitalizată în staționarul de psihiatrie dacă aceasta suferindă de tulburări psihice chiar și fără liberul consimțământ al ei sau al reprezentantului ei legal. Dacă se constată că tulburarea psihică este gravă, atunci examinarea sau tratarea ei este posibilă numai în condiții de staționar, și este condiționată până la emiterea hotărârii judecătorești, dacă:

- există un pericol nemijlocit chiar și pentru el sau pentru societate;
- este în incapacitate de satisfacere independentă a necesităților vitale;
- se constată un prejudiciu grav sănătății și se va acorda asistență psihiatrică.

Un alt temei de aplicare a măsurilor cu caracter medical este recunoașterea faptului că persoana respectivă la momentul comiterii fetei socialmente periculoase era în stare de iresponsabilitate, însă după comiterea infracțiunii și până la pronunțarea sentinței sau în timpul executării pedepsei penale s-a îmbolnăvit de o boală psihică datorită căreia persoana nu își dă seama de caracterul faptelor sale sau nu își poate dirija comportarea [115, p. 360]. În literatura de specialitate se mai operează și cu un alt temei de aplicare a măsurilor de constrângere cu caracter medical: prezența unor anomalii psihice de diferit grad prejudiciabil, adică a unei stări care, în realitate, nu exclude responsabilitatea (așa-numita responsabilitate redusă). La anomaliile psihice se referă, în primul rând, devierile structurale și funcționale cu caracter stabil, provocare înainte de naștere sau în timpul nașterii, reminiscențelor atacurilor organice ale sistemului central nervos de etiologie traumatică etc. În afară de aceasta, printre infractorii, care au devieri psihice în limita responsabilității, un număr mare îl constituie alcoolicii și narcomanii, mai rar epilepticii și schizofrenicii, persoanele în stare de remisie cronică, precum și persoanele care la momentul examinării suferă de diverse dereglări cronice ale psihicului [201, p. 78]. Scopul aplicării măsurilor cu caracter medical este cel al îmbunătățirii sănătății făptuitorului iresponsabil prin tratamentul aplicat sau care au devenit astfel în timpul judecării ori executării pedepsei penale, pentru a se exclude pericolul activității lui iresponsabile, protejându-l pe el însuși de societate.

Scopul aplicării măsurilor de constrângere cu caracter medical nicidecum nu este pedeapsă pentru persoana căreia i se aplică. Dar, totodată, scopurile acestor măsuri de constrângeri nu coincid întru

totul și cu scopurile ajutorului medical obișnuit, îndreptat spre lecuire sau ușurarea suferințelor celui bolnav. Acest fapt indică doar numai o latură a aplicării măsurilor de constrângere cu caracter medical, care au o legătură strânsă, în primul rând cu interesele celui bolnav, deși într-o oarecare măsură și cu interesele societății, așa cum cel bolnav este membru al societății. Cea de-a doua latură a aplicării măsurilor de constrângere cu caracter medical are o legătură strânsă cu interesele societății și constă în preîntâmpinarea comiterii unor noi fapte socialmente periculoase. Scopurile enunțate sunt legate între ele și deseori necesită aceleași mijloace și metode pentru soluționare. Cu alte cuvinte, cu ajutorul măsurilor de tratare și reabilitare se atinge și preîntâmpinarea unor noi fapte socialmente periculoase. Respectiv, scopurile măsurilor de constrângere cu caracter medical sunt tratarea persoanelor sau îmbunătățirea stării lor psihice, precum și preîntâmpinarea comiterii unor noi acțiuni sau inacțiuni de către persoana iresponsabilă, fapte socialmente periculoase incriminată de Partea specială a CP al RM [227, p. 205]. Deci, putem concluziona că aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical urmărește un șir de scopuri umane:

- vindecarea sau o asemenea îmbunătățire a sănătății bolnavului, încât acesta încetează de a fi periculos pentru cei din jur;
- preîntâmpinarea săvârșirii de către ei a altor fapte socialmente periculoase în timpul tratamentului, precum și după terminarea lui;
- asigurarea securității bolnavului (se are în vedere cazurile când bolnavul atacă pe cineva, în legătură cu care fapt persoana atacată este nevoită să se apere, adică persoana se află în stare de legitimă apărare);
- aplicarea măsurilor de reabilitare socială (antrenarea bolnavului de a căpăta obișnuințele necesare pentru a trăi în societate) în măsura în care ea este posibilă în condițiile instituțiilor medicale care înfăptuiesc tratamentul forțat.

La alin. 1 art. 101 prevede pentru prima dată în legislația națională posibilitatea persoanei supuse tratamentului sau reprezentantului acesteia de a cere unei instituții medicale independente avizul de sănătate asupra persoanei căreia i se aplică măsuri de constrângere cu caracter medical. Raportul de expertiză psihiatrică și avizul instituției medicale independente vor fi luate în considerație la stabilirea regimului instituției psihiatrice sau la respingerea de a aplica această măsură după examinarea tuturor materialelor și probelor avute în dosar, cu respectarea procedurilor judiciare pentru aceste cauze. La alin. 3 se prevede situația în care parvine avizul instituției psihiatrice, în care persoana este supusă tratamentului, aviz în care urmează să fie descrisă starea sănătății sau schimbarea substanțială a acesteia din care rezultă necesitatea continuării aplicării acestei măsuri sau a încetării ei.

Hotărârea adoptată de către instanță, în conformitate cu prevederile art. 101, poate fi *supusă căilor de atac* de către *persoana spitalizată*, de *reprezentantul ei legal*, de *șeful staționarului de psihiatrie* și de *către procuror în condițiile legii*.

Termenul necesar de constrângere cu caracter medical la *stabilirea, prelungirea, schimbarea* acesteia în hotărârile instanței *nu este indicat*.

Referindu-ne la dispozițiile articolului 102 unde se apreciază ***deducerea duratei de aplicare a***

măsurilor de constrângere cu caracter medical unde se stipulează că persoanei care, după săvârșirea infracțiunii sau în timpul executării pedepsei, s-a îmbolnăvit de o boală psihică, din care cauză ea este incapabilă să-și dea seama de acțiunile sale sau să le dirijeze, instanța de judecată **îi poate aplica pedeapsa după însănătoșire dacă nu a expirat termenul de prescripție** sau dacă *nu există alte motive pentru liberarea ei de răspundere penală și de pedeapsă*.

3.7. Concluzii la Capitolul 3

1. Organele competente și persoanele împuternicite trebuie să efectueze examinarea rapidă, deplină, obiectivă și multilaterală a tuturor împrejurărilor, acordând o atenție deosebită asigurării apărării drepturilor și intereselor legitime a persoanelor care au săvârșit fapte socialmente periculoase.

2. Urmărirea penală în privința acestor persoane **ar putea fi suspendată condiționat**, însă, deseori aceste persoane fiind numite la expertiza legală psihiatrică rămân timp îndelungat arestate în așteptarea deciziei judecătorești **pentru a fi eliberați de sub arest și îndreptați la tratament** ce după noi constituie o încălcare flagrantă a art. 3 CEDO.

3. Art. 23 CP RM nu reglementează trimiterea la tratament prin constrângere până la ieșirea din starea *psihotică*, cu rezolvarea ulterioară a responsabilității sau iresponsabilității persoanelor care s-au îmbolnăvit de **o boală psihică după comiterea infracțiunii**. Or, se întâlnesc cazuri când bolnavii psihici sunt reținuți pentru săvârșirea unei infracțiuni ușoare sau mai puțin grave și nu prezintă pericol social. Prevederile sunt lacunare în ceea ce privește art. 95 alin. (2) CP RM sau cel puțin omisive în privința faptului că după cum menționează că: „*Persoana care, după săvârșirea infracțiunii sau în timpul executării pedepsei, s-a îmbolnăvit de o boală gravă, alta decât cea specificată la alin.(1), ce împiedică executarea pedepsei, poate fi liberată de executarea pedepsei de către instanța de judecată*”. Propunere de **lege ferenda** este ca: „*Persoana care, până la săvârșirea infracțiunii, cât și după ce săvârșeste infracțiunea sau în timpul ispășirii pedepsei, dacă aceasta s-a îmbolnăvit de o boală gravă, în afara celor specificate la alin. (1), care de fapt îi va împiedica executarea pedepsei în continuare, de către instanța de judecată va putea fi liberată de executarea pedepsei*”.

4. În condițiile în care vinovăția autorului nu poate fi analizată decât în raport de momentul în care acesta dispunea de **o voință liberă**, nu considerăm că răspunderea lui efectivă ar trebui stabilită doar prin raportare la **momentul comiterii acțiunii**, în care el era lipsit de capacitatea de a înțelege și a voi. Soluția constatării vinovăției prin raportare exclusivă la un moment în care lipsea premisa esențială a acesteia (responsabilitatea) ar deschide calea unei răspunderi obiective. Doar **răspunderea obiectivă** poate explica o condamnare a autorului în considerarea unei fapte intenționate pe care, atunci când era responsabil nu a prevăzut-o, **iar atunci când a comis-o era în fapt iresponsabil**.

5. Legislația procesual-penală în vigoare, care prevede efectuarea cercetării în cauzele cu privire la săvârșirea faptelor socialmente periculoase de către persoanele recunoscute iresponsabile și aplicarea față de ei a măsurilor de constrângere cu caracter medical nu reglementează pe deplin unele probleme, fapt care impune identificarea anumitor coerențe de ordin aplicativ ce duce evident la încălcarea art. 7 CEDO și 3 CEDO.

6. În cadrul *expertizei medico-legale psihologic-judiciare* afectul fiziologic este cercetat pentru a putea constata existența posibilităților de dirijare a propriilor acțiuni de către subiect dar și de conștientizare momentul comiterii faptei socialmente periculoase. Afectului fiziologic este o condiție facilitatoare, comportamentul învinutului fiind determinat de trăiri puternice, iar uneori - ca generând iresponsabilitate totală de conduitele personale.

7. *Expertizele medico-legale și psihiatrice* se efectuează conform ordonanței organului de urmărire penală sau încheierii instanței de judecată. Problemele medicale ale iresponsabilității se hotărăsc de către psihiatria judiciară, care are drept *rol auxiliar* la îndeplinirea justiției pe dosare penale. Legea prevede cazurile obligatorii de efectuare a expertizei medico-legale psihiatrice. **Nu întâmplător, în anumite situații, de constatarea vârstei sau pentru determinarea stării psihice prin lege se prevede dispunerea expertizei obligatorii pentru aprecierea discernământului distinct ca esență de responsabilitate.**

8. Jurisprudența o condiție facilitatoare CtEDO a elaborat anumite norme a constatat că dreptul la un proces echitabil nu prescrie obligația instanțelor naționale de a numi experți la solicitarea apărării, atunci când opinia expertului numit de judecată susține constatările procurorului. Totuși, CtEDO nu ezită să aplice art. 6 par. 3 lit. d) analogic cu modalitatea de aplicare a *expertizelor dacă aparențele sugerează în mod obiectiv că expertul are un rol de martor al învinuirii.*

9. Din cele expuse reiese că, în timpul aplicării *măsurilor de constrângere cu caracter medical* aspectul lor prevalează asupra celui juridic și *nu urmăresc un scop de pedeapsă penală.* Aplicarea tratamentului medical forțat acestor persoane se realizează doar în conformitate cu indicațiile medicale privind tratamentul bolii psihice, al alcoolismului și narcomaniei. Trebuie de menționat că tratamentul forțat după sarcinile sale *se deosebește în mod radical de pedeapsa penală.* Pedeapsa are *ca scop corectarea și reeducarea condamnatului,* în timp ce măsurile de constrângere cu caracter medical pun *ca scop însănătoșirea bolnavului și protecția societății de acțiuni periculoase,* pentru care el nu poate răspunde datorită stării sale psihice. Aceste măsuri nu au un caracter de chin, de reprimare, ci sunt îndeplinite, în primul rând de *interesele persoanei bolnave* și nu se aplică pe un termen dinainte stabilit, fiindcă este greu de apreciat cât se va însănătoși persoana sau când se va schimba starea ei psihică spre normal - circumstanțele în care va fi pierdută necesitatea aplicării unor asemenea măsuri.

10. În doctrină este *quasiunanim* admisă opinia potrivit căreia, chiar în caz de *beție preordinată,* dacă infracțiunea comisă este diferită de cea pe care *autorul și-a propus-o,* el va răspunde pentru o faptă din imprudență și nu pentru o infracțiune intenționată, în măsura în care nu a prevăzut sau acceptat posibilitatea comiterii acesteia *la momentul provocării stării de iresponsabilitate,* care după noi constituie *o satisfacție fidelă a esenței subiective a răspunderii penale.*

11. Referitor la *bolile și devianțele psihice* care influențează și determină comportamentul criminal, în ce mod și în ce măsură acestea influențează personalitatea criminalului, cum se manifestă un infractor bolnav psihic, care sunt infracțiunile cele mai des săvârșite de către acesta și care este modul său de operare, care sunt metodele de combatere a acestui tip de criminalitate. Prin

urmare, analizând fiecare categorie de boli psihice și fiecare boală psihică în particular, am ajuns la concluzia că bolile și devianțele psihice influențează într-o mare măsură comportamentul infracțional. Și chiar dacă nu toți bolnavii psihici devin infractori, la fel cum și nu toți infractorii sunt bolnavi psihici. Totuși o bună parte din persoanele care suferă de asemenea afecțiuni sunt *predispuși spre criminalitate*, deoarece *sistemul lor nervos central este grav afectat și aceștia nu privesc realitatea așa cum este ea, ci așa cum o văd ei prin prisma bolii lor*. În aceeași ordine de idei, ne-am referit și la o grupă aparte de infractori cu devianțe psihice, și anume alcoolicii și toxicomanii (narcomanii) atât prin prisma aprecierii responsabilității și iresponsabilității lor.

12. *Trebuie ținute neapărat la evidență și persoanele care au fost supuse tratamentului medical prin constrângere și apoi eliberate, în urma săvârșirii unei infracțiuni*. Nu mai puțin important este lucrul psihologilor și a psihiatrilor cu așa categorie de bolnavi psihici cum sunt psihopații, care în ciuda faptului că suferă de o tulburare psihică, totuși sunt pasibili de răspundere penală. Pentru prevenirea săvârșirii infracțiunilor de către persoanele care suferă de anumite dizabilități psihice, este nevoie de asemenea *a se lua la evidență* aceste persoane din *momentul aflării* despre boala psihică și *a se crea un registru regional sau național* despre evidența acestor persoane și devianța psihică de care suferă, **chiar dacă acestea nu au comis încă nici o infracțiune**.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI:

Rezultatele care au fost obținute în urma cercetării efectuate de către noi în cadrul actualei teze de doctorat, pot fi expuse în următoarele teze: *au fost cercetate* opinii din doctrina contemporană consacrată iresponsabilității penale; *a fost argumentată* reglementarea mai concisă și abordată în complex și multiaspectual respectiva instituție de drept penal; *au fost studiate* normele penale în legislația penală a Republicii Moldova și României, dar și a altor state; *au fost cercetate* reglementările din legislațiile extrapenale (psihiatrie, medicină legală, criminalistică etc.) a Republicii Moldova și României; *a fost expus și elucidat mai amplu* conținutul iresponsabilității penale; *s-a efectuat și o analiză* mai complexă și mai diferențiată a iresponsabilității penale; *s-a demonstrat* diferența dintre iresponsabilitatea penală și responsabilitatea penală redusă, și corelațiile lor cu stările afectiv-emoțive; *s-a efectuat o analiză comparativă* de drept penal a normelor din Codurile penale ale altor state ce țin de reglementările iresponsabilității penale și stările conexe ale acestora; *s-au făcut cercetări* relevante asupra normelor juridico-penale, contravenționale și procesual penale, în domeniul psihiatric, al medicini legale, și al celor din domeniul criminalisticii conexe și tangente iresponsabilității penale; *s-a efectuat și o cercetare empirică*; *au fost făcute recomandări și concluzii* care au avut menirea să ajusteze Codurile penale al României și Codul penal al Republicii Moldova.

Grație unor tratări sau abordări complexe și exhaustive a respectivului **obiect de cercetare**, a fost soluționată o **problemă actuală, de o importanță majoră și științifică** și anume aceasta rezidă în *elaborarea și fundamentarea științifică* a cadrului conceptual privind iresponsabilitatea penală, *fapt care contribuie la clarificarea rolului, locului, condițiilor și efectelor acestei instituții subiective penale*, orientându-se spre aplicarea legislației penale în strictă corespundere cu principiile subiective care au determinat, condiționat și promovat actul prejudiciabil comis.

De asemenea, studiul a vizat și determinarea conceptuală a conținutului responsabilității, responsabilității reduse, iresponsabilității, precum și a sistemului de reglementare a vinovăției - ca semn al infracțiunii și element al componentei infracțiunii, care ne și oferă posibilitatea unei analize mai eficiente la aplicarea cadrului normativ în materia respectivă.

Drept rezultate științifice care au fost obținute în urma respectivelor cercetări desfășurate, operând cu noutăți științifice și cu rezultatele obținute în urma studiului de către noi lucrare **problema științifică actuală de importanță majoră** care a fost soluționată, datorită cărora se pot enunța următoarele concluzii.

Problema științifică importantă a fost demonstrată prin concluziile elaborate în baza ipotezei de cercetare, după cum urmează:

CONCLUZII:

În legislația penală română, răspunderea subiectivă constituie garanția legală pentru o persoană de a nu fi pedepsită decât dacă a săvârșit cu vinovăție o faptă socialmente periculoasă și care este incriminată de legislația penală cu condiția să nu existe o cauză care să determine faptul ca respectivă faptă să nu constituie infracțiune.

Rolul preventiv-educativ al pedepsei nu poate fi conceput decât cu privire la o persoană care dispune de capacitatea de a conștientiza și a înțelege semnificația amenințării pedepsei eventuale și, respective, a pedepsei efectiv aplicate.

Responsabilitate constituie un prim element al vinovăției penale și presupune aptitudinea subiectului față de propria conduită conform cerințelor legale, adică capacitatea de a înțelege semnificația antijuridică a faptei sale și de ași coordona și dirija propria sa conduită.

Existența responsabilității presupune *un anumit grad sau nivel de maturizare și conștientizare a persoanei umane*, dar și o stare bio-psihică de natură a-i permite subiectului să cunoască semnificația actului său și să-și dirijeze într-un anumit mod conduita. Expertizele au o deosebită importanță în cauzele cu privire la minori. După cum știm, constatarea vârstei sau stării psihice în legislația se cere sau se prevede expertiza în mod obligatoriu, nu întâmplător și în unele alte situații, cum ar fi cele pentru aprecierea ***discernământului*** distinct ca esență de ***responsabilitatea penală***.

Responsabilitatea *redușă* este o stare limitrofa între responsabilitate și iresponsabilitate, diminuând răspunderea pentru cele comise. Responsabilitatea redusă are la bază *dereglări de ordin psihic*, care nu exclud responsabilitatea, dar care, spre deosebire de iresponsabilitate, *nu sunt stări maladive*.

La rândul său, iresponsabilitatea este o starea de incapacitate psiho-fizică a persoanei care la rândul să nu-și poate da seama de caracterul, sensul și valoarea socială, morală și juridică a faptelor pe care le săvârșește și rezultatelor sau a urmărilor acestora sau care nu-și poate dirigi în mod normal voința, în coraport cu propriile sale fapte. Care *în momentul săvârșirii acțiunii* socialmente periculoase, prevăzute de legea penală, în culmea stării psihologice provocate de o boală cronică mintală, tulburare temporară a activității psihice, oligofreniei sau altei stări patologice, ce nu putea conștientiza propriile sale acțiuni sau să conducă cu ele. Recunoașterea persoanei drept iresponsabilă este un factor juridic și numai instanța de judecată poate recunoaște persoana iresponsabilă. Și, iresponsabilitatea are la bază două criterii: *medical* care se caracterizează prin existența unei boli psihice cronice a unor tulburări psihice temporare sau a unei alte stări cu modificări psihice concomitente sau consecutive; *juridic* - care se caracterizează prin absența/lipsa aptitudinii de a fi *conștient* de propriile acțiuni săvârșite și de a le *stăpâni*.

În condițiile în care vinovăția autorului nu poate fi analizată decât în raport de momentul în care acesta dispunea de *o voință liberă*, nu considerăm că răspunderea lui efectivă ar trebui stabilită doar prin raportare la *momentul comiterii acțiunii*, în care el era lipsit de capacitatea de a înțelege și a voi. Soluția constatării vinovăției prin raportare exclusivă la un moment în care lipsea premisa esențială a acesteia (responsabilitatea) ar deschide calea unei răspunderi obiective. Doar *răspunderea obiectivă* poate explica o condamnare a autorului în considerarea unei fapte intenționate pe care, atunci când era responsabil nu a prevăzut-o, *iar atunci când a comis-o era în fapt iresponsabil*. Respectiv dacă în clipa comiterii faptei prejudiciabile, făptuitorul se află în una dintre *stările care exclud vinovăția* (iresponsabilitate, beție involuntară completă etc.), *el nu va fi pasibil penal*, chiar dacă urmarea socialmente periculoasă se va produce după ce el și-a redobândit

aptitudinea sa volitivă și intelectuală. Dacă autorul comite acte de executare și *după dispariția stării de iresponsabilitate*, el va putea fi tras la răspundere pentru aceste acte.

Va fi supus răspunderii penale persoana care la *momentul comiterii faptei prejudiciabile nu era responsabilă*, dar la un moment anticipat acestuia, când a fost responsabil, a provocat în mod intenționat sau din imprudență *determinanta viitoarei sale stări de iresponsabilitate (beția sau intoxicația voluntară completă)*. Aceasta din urmă situație se manifestă ca ***o excepție de la regula potrivit căreia responsabilitatea se analizează în raport de momentul săvârșirii faptei***.

În doctrină este *quasiunanim* admisă opinia potrivit căreia, chiar în caz de *beție preordinată*, dacă infracțiunea comisă este diferită de cea pe care ***autorul și-a propus-o, el va fi pasibil pentru o faptă din imprudență și nu pentru o infracțiune intenționată***, în măsura în care nu a prevăzut sau acceptat posibilitatea comiterii acesteia adică în *starea de iresponsabilitate la momentul provocării*, care după noi constituie ***o satisfacție fidelă a esenței subiective a răspunderii penale***.

Legislația penală a RM a adoptat criteriul după cum știm bio-psihologic și aceasta pentru definirea la rândul său a iresponsabilității, ceea ce presupune că nu este suficientă doar constatarea existenței dar a unei afecțiuni psihice pentru a concluziona în favoarea iresponsabilității, însă ar mai fi și în plus dar și în mod necesar afecțiune respectivă a înlăturat capacitatea de voință și înțelegere a respectivei persoane.

Iresponsabilitatea constituie o cauză exclude caracterul penal al faptei și nu trebuie confundată cu alte cauze sau stări de liberare de răspundere penală, cu liberarea de pedeapsa penală și de înlăturare a răspunderii penale sau consecințele condamnării, chiar dacă unele *stări afective* sau *emotive* sunt de natură doar a *atenua răspunderea penală*.

Afectul este de două feluri: *patologic* și *fiziologic*, și doar afectul patologic *exclue responsabilitatea persoanei*. Responsabilitatea *redușă* însă, nu se confundă cu afectul fiziologic, care, este sau poate fi la rândul său creat prin provocarea victimei chiar sănătoase din punct de vedere mintal. Însă, pe fonul *stărilor malade preexistente* *provocarea* poate crea starea de afect patologic, apreciat ca o stare de iresponsabilitate dacă expertiza medico-legală psihiatrică va confirma faptul dat.

În cadrul ***expertizei psihologic-judiciare*** afectul fiziologic este cercetat pentru a identifica posibilitățile de conștientizare și de dirijare a acțiunilor de către subiect în timpul comiterii infracțiunii.

Expertiza medico-legală psihiatrică se efectuează conform ordonanței organului de urmărire penală sau încheierii instanței judiciare; Problemele medicale ale iresponsabilității se hotărăsc de către psihiatria judiciară, care are drept *rol auxiliar* la înfăptuirea justiției pe dosare penale. Legea prevede cazurile obligatorii de efectuare a expertizei medico-legale psihiatrice.

Din cele expuse reiese că, în timpul aplicării ***măsurilor de constrângere cu caracter medical*** aspectul lor prevalează asupra celui juridic și *nu urmăresc un scop de pedeapsă penală*. Aplicarea tratamentului medical forțat acestor persoane se realizează doar în conformitate cu indicațiile medicale privind tratamentul bolii psihice, al alcoolismului și narcomaniei. Trebuie de menționat că tratamentul forțat după sarcinile sale *se deosebește în mod radical de pedeapsa penală*. Pedeapsa are *ca scop corectarea și reeducarea condamnatului*, în timp ce măsurile de constrângere cu

caracter medical pun *ca scop însănătoșirea bolnavului* și protecția societății de acțiuni periculoase, pentru care el nu poate răspunde datorită stării sale psihice. Aceste măsuri nu au un caracter de chin, de reprimare, ci sunt înfăptuite, în primul rând de *interesele persoanei bolnave* și nu se aplică pe un termen dinainte stabilit, fiindcă este greu de apreciat cât se va însănătoși persoana sau când se va schimba starea ei psihică spre normal - circumstanțele în care va fi pierdută necesitatea aplicării unor asemenea măsuri.

Referitor la ***bolile și devianțele psihice*** care influențează și determină comportamentul criminal, în ce mod și în ce măsură acestea influențează personalitatea criminalului, cum se manifestă un infractor bolnav psihic, care sunt infracțiunile cele mai des săvârșite de către acesta și care este modul său de operare, care sunt metodele de combatere a acestui tip de criminalitate. Prin urmare, analizând fiecare categorie de boli psihice și fiecare boală psihică în particular, am ajuns la concluzia că bolile și devianțele psihice influențează într-o mare măsură comportamentul infracțional. Și chiar dacă nu toți bolnavii psihici devin infractori, la fel cum și nu toți infractorii sunt bolnavi psihici. Totuși o bună parte din persoanele care suferă de asemenea afecțiuni sunt *predispuși spre criminalitate*, deoarece *sistemul lor nervos central este grav afectat și aceștia nu privesc realitatea așa cum este ea, ci așa cum o văd ei prin prisma bolii lor*. În aceeași ordine de idei, ne-am referit și la o grupă aparte de infractori cu devianțe psihice, și anume alcoolicii și toxicomanii (narcomanii) atât prin prisma aprecierii responsabilității și iresponsabilității lor.

Trebuie ținute neapărat la evidență și persoanele care au fost supuse tratamentului medical prin constrângere și apoi eliberate, în urma săvârșirii unei infracțiuni. Nu mai puțin important este lucrul psihologilor și a psihiatrilor cu așa categorie de bolnavi psihici cum sunt psihopații, care în ciuda faptului că suferă de o tulburare psihică, totuși sunt pasibili de răspundere penală. Pentru prevenirea săvârșirii infracțiunilor de către persoanele care suferă de anumite dizabilități psihice, este nevoie de asemenea *a se lua la evidență* aceste persoane din *momentul aflării* despre boala psihică și *a se crea un registru regional sau național* despre evidența acestor persoane și devianța psihică de care suferă, ***chiar dacă acestea nu au comis încă nici o infracțiune.***

Desprinderea cauzelor justificative de cele neimputabile se face uneori pe cale legală ori de către jurisprudență, relevându-se că unele cauze au efecte „in rem”, ceea ce le conferă caracter de fapte justificative, iar altele au efecte „in personam”, fiind socotite cauze de nevinovăție. Cauzele justificative sunt situații reglementate de lege, în prezența cărora o faptă conformă normei de incriminare încetează să mai fie în contradicție cu întreaga ordine de drept, devenind permisivă.

Organele competente și persoanele împuternicite trebuie să efectueze examinarea rapidă, deplină, obiectivă și multilaterală a tuturor împrejurărilor, acordând o atenție deosebită asigurării apărării drepturilor și intereselor legitime a persoanelor care au săvârșit fapte socialmente periculoase.

Din punct de vedere interdisciplinar (drept penal, drept procesual penal, psihiatrie, psihologie judiciară, medicină legală, criminalistică, bioetică etc.), teza de doctorat are o dimensiune interdisciplinară și ține de complexitatea instituției responsabilității și a iresponsabilității în cadrul actului infracțional. La rândul său psihologia judiciară se află în legătură cu știința dreptului și aceasta

și în contextul vizat (de exemplu a responsabilității și iresponsabilității) și care oferă dreptului importanța de a utiliza un aparat sau instrumentariu asupra conduitelor umane care la rândul lor au o finalitate criminogenă (responsabilitate redusă). Totodată, dreptul îi limitează disciplinei psihologiei judiciare aria de extensie a conduitei umane și care va fi analizată doar din perspectiva normelor juridice, mai cu seamă cele juridico-penale. Adică, propriu-zis subiectivul existent sub reglementarea normei juridico-penală, care, ne ajută sau condiționează o justă încadrare juridică a faptelor prejudiciabile sau o bună dozare a pedepselor penale.

Procedura penală ca disciplină și cu psihologia judiciară se regăsește în cadrul unui ansamblu de activități procesuale comune, cum ar fi în particular: ascultarea prezentarea spre recunoaștere, confruntarea, percheziția, etc. Toate acestea nu pot fi eficiente decât în măsura în care organele de urmărire penală vor avea deja acele aptitudini psihologice necesare la cunoașterea corectă a conduitelor umane. Doar prin cunoașterea psihologiei judiciare, criminaliștii vor putea deduce concluzii juste cu privire la acțiunile autorilor și victimelor acestora, intențiile lor, motivațiile, anticipându-se conduitele de fabricare de alibiuri, eludare a identificării, simulare, victimizare, disimulare etc. Toate acestea sunt apte de a oferi indici de descoperire și a probării la rândul său a vinovăției acestora. Referitor la tactica criminalistică, stabilim faptul că numai o referire la vârsta activitatea complexă și multiaspectuală de ascultare a învinutului, este evidentă care și necesitatea de fapt cunoașterii întregului potențial psihologic al individului uman cu toate categoriile implicate în procesul judiciar.

Din aceste rațiuni, actualitatea și importanța problemei abordate în conținutul acestei teze este de natură principială, faptă care antrenează ideea unor eventuale cercetări cu caracter monografic în această materie.

Vorbind despre descrierea contribuțiilor personale și cu conturarea importanței științifice și a valenței practice a acestora. Referindu-ne la contribuțiile personale se expune prin studiu multiaspectuală, interdisciplinară și complexă a iresponsabilității penale. Care, în viziunea noastră și în rezultatul cercetărilor, sunt efectuate de către noi în prezenta lucrare:

- pe lângă faptul că înlătură vinovăția penală, constituie și un caz de neimputabilitate pentru fapta infracțională comisă;
- responsabilitatea penală constituie o condiție a vinovăției;
- responsabilitatea penală joacă un rol preventiv-educativ la dispoziția pedepsei care nu poate fi concepută decât cu referire la o persoană care are capacitatea de a înțelege semnificația amenințării pedepsei și, respectiv, a pedepsei care efectiv sunt aplicate;
- existența responsabilității presupune deja un anumit grad de dezvoltare a persoanei, dar și o stare bio-psihică care este de natură a-i da posibilitate persoanei să conștientizeze și să cunoască semnificația acțiunii sale și să-și coordoneze într-un anumită modalitate conduita a sa;
- la constatarea iresponsabilității penale nu este suficientă doar constatarea existenței unei afecțiuni psihice pentru a se concluziona deja în favoarea iresponsabilității, dar mai este necesar să se constate respectiv și faptul că afecțiunea în cauză a înlăturat în mod concret capacitatea ei de înțelegere și voință;

- perioadă în care se constată existența responsabilității persoanei la momentul realizării acțiunii;
- dacă la fază realizării acțiunii autorul se află în una dintre stările care exclud vinovăția (iresponsabilitate, beție involuntară complexă etc.), el nu va fi susceptibil de răspundere penală, și respectiv chiar dacă urmarea social periculoasă se produce după ce a redobândit aptitudinea volitivă și intelectuală;

- dacă autorul comite acte de executare și după dispariția stării de iresponsabilitate, el va fi susceptibil de răspundere pentru aceste acte;

- așadar, va fi supus răspunderii penale persoana care la momentul realizării comiterii acțiunii deși persoana nu era responsabilă, însă la un moment anterior, când persoana în cauză a fost responsabilă, a provocat într-un mod intenționat sau din imprudență cauza viitoare sale iresponsabilități (beția sau intoxicația voluntară completă) - situație ce constituie o veritabilă excepție de la regula potrivit căreia responsabilitatea se analizează în raport de momentul acțiunii;

- afectul reprezintă starea emoțională de scurtă durată; afectul este *patologic* și *fiziologic*, deosebirea fiind la nivelul că primul *exclude responsabilitatea persoanei*, iar al doilea - nu, persoana fiind considerată *responsabilă*;

- starea de afect constituie o stare a psihicului omului, în care acesta, deși își dă seama de acțiunile sale, în mare măsură va pierde controlul asupra acțiunilor sale propriilor și aptitudine de a le conduce, persoana acționând de fapt în stare de afect fiziologic;

- este prioritar de a nu confunda starea de *afect fiziologic* cu *starea de afect patologic*, când psihicul *făptuitorului se află în stare de iresponsabilitate*, adică persoana respectivă nu poate să-și dea seama de acțiunile sale ori să le conducă, și toate acestea din cauza unei tulburări psihice;

- în starea de *afect fiziologic nu depășește limitele normalității* persoana răspunde pentru acțiunile sale, dar aceasta este considerată *o circumstanță atenuantă*;

- forța emoțiilor este apreciată după o legitate, și anume: cu cât mai mare este ponderea obiectului care a provocat conflictul, și mai mică cunoașterea unor soluții de soluționare a acestuia, cu atât mai grave sunt circumstanțele care au generat afectul.

Descrierea contribuțiilor personale cu sublinierea semnificației teoretice și a valorii practice a acesteia. *Contribuțiile personale* se exprimă în cercetarea profundă teoretico-practică, de pe noi poziții, a regulilor de apreciere a **iresponsabilității** ca o cauză care înlătură caracterul penal al faptei, a condițiilor și criteriilor de evaluare a acesteia și prin analiza unor reglementări internaționale în materie. S-a recurs la o analiză și a coraportului dintre responsabilitatea socială și responsabilitatea juridică, precum și analiză a conceptului responsabilității reduse în legislația RM, și în particular a conceptului de iresponsabilitate după vârstă. Totodată au fost stabilite și niște limite le și posibilitățile de apreciere a iresponsabilității penale și anume; iresponsabilitatea persoanei aflate în stare de afect, respectiv, problematica iresponsabilității în situația consumului de droguri sau băuturi alcoolice. Sau făcut și unele aprecieri asupra aspectelor procesual-penale privind expertiza psihologico-judiciare și psihiatrică privind constatarea iresponsabilității și a stărilor conexe și a stărilor adiacente precum și a anumitor elemente care vizează legislația internațională

referitoare la iresponsabilitatea penală. Nu în ultimul rând, în context, este analizată responsabilitatea raportată la diferite categorii de infracțiuni: săvârșite în stare de ebrietate, săvârșite în stare de afect, nepenalizarea cauzelor cu implicarea persoanelor grav bolnave etc.

Baza legală și empirică a studiului este formată din: a) normele Părții Generale și normele Părții Speciale a Codului penal; b) practica judiciară; c) hotărârile Plenului CSJ; d) reglementările penale din legislațiile unor țări străine. *Baza științifică* a cercetării este reprezentată din lucrările autorilor autohtoni și ai celor străini (e.g. României, SUA, al Poloniei, Belgiei, Greciei, Spaniei, Austriei, Germaniei, Cehiei, Franței, Italiei, Portugaliei, Slovaciei, Ungariei, Japoniei, Federații Ruse etc. ***Baza cercetării de natură științifică*** în materia iresponsabilității penale, o constituie atât în doctrina juridico-penală inclusiv operele reputaților autori contemporani din Republica Moldova, România, precum și din alte state. Astfel că ***baza empirică și legală*** a studiului o constituie: normele legislației penale și extrapenale în vigoare a Republicii Moldova a României și în domeniul a iresponsabilității penale; sondajul empiric, prevederile normelor internaționale în domeniul protecției juridice persoanelor cu dizabilități cu handicap mintal; experiența legislativă a unor state străine în domeniul protecției juridico-penale a persoanelor iresponsabilitate din punct de vedere penal.

Semnificația teoretică a tezei: Prezenta lucrare constituie o incursiune teoretico-științifică de importanță deosebită pentru doctrina dreptului penal. Teza conține diverse abordări (unele de pe noi poziții) a regulilor care se exprimă prin importanța și semnificația cercetărilor științifice, care au constat în faptul că rezultatele date pot servi ca un reper pentru stabilirea riguroasă și aprecierea adecvată a conceptului iresponsabilității penale la aprecierea diferitor categorii de infractori și abordările acestora prin prisma acestor aspecte subiectiv-obiective și la o abordare socială complexă, care necesită a fi corelată într-un mod interdisciplinar pentru o mai bună profilaxie, prevenire individuală și de resocializare a persoanelor infractorului. Respectiva cercetare științifică se racordează la reglementările juridice susceptibile și principiului de generalizare în cercetarea dată, realizându-se, în acest mod, într-o combinație a practicii și teoriei dreptului penal.

Fără îndoială, prezenta lucrare denotă valoarea teoretică, având puterea de a trezi interesul oamenilor de știință în familiarizarea cu conținutul său. Din aceste motive, suntem de părere că lucrarea de față poate constitui un suport științific edificator pentru doctrina de specialitate, atât din țară, cât și de peste hotare.

Valoarea tezei respective de doctorat este una practică: rezidă în identificarea adecvată și tâlmăcirea conexă și multiaspectuală a instituției iresponsabilității penale, prevăzute în Codul penal al Republicii Moldova și în cel al României. Astfel că prin intermediul problemei științifice importante soluționate și a contribuțiilor personale efectuate de către noi, la elaborarea respectivei teze de doctor, în contextul lucrării s-a ajuns la conturarea unui concept complex asupra iresponsabilității penale, contribuindu-se atât la completarea cercetărilor științifico-penale, procesual penale, și a studiilor integrate în domeniul altor discipline cum ar fi cele criminalistice, ale psihiatriei și a psihologiei judiciare, cât și la cele criminologice în materia respectivă, în vederea realizării unei activități eficiente de prevenire speciale și individuale și combatere a infracționalității de către organele judiciare.

Elementul practic și cu o valoare aplicativă evidentă pentru organele de resort mai constă și în aprecierea criteriilor de distincție a stărilor de *responsabilitate penală*, *responsabilitate penală redusă* și a *iresponsabilității penale*, dar și a *stărilor afectiv emotive*, *stărilor de beție (alcool sau consumul substanțelor psihotrope)* relevante aprecierilor și delimitărilor acestor stări ale persoanelor, atât pentru aplicarea corectă a normelor juridico-penale din legea penală a Republicii Moldova și a României, cât și pentru practica de judiciară și cea de urmărire penală, cât și pentru dezvoltarea pentru viitor a științelor penale. De asemenea observarea imperfecțiunilor din cadrul legii penale de reglementare și incriminare a legislației pentru viitor; concluziile și recomandările expuse în cadrul tezei de doctorat sunt și pot fi aplicabile, ba chiar și recomandabile, pentru organele de drept și de desfășurare a activităților practice.

Din perspectivă practică, prezenta lucrare poate contribui în activitatea celor abilitați să aplice legea penală la buna apreciere a persoanelor care comit infracțiuni în stare de iresponsabilitate.

Lucrarea prezintă relevanță practică, îndeosebi, avându-se în vedere faptul supunerii analizei unui număr suficient de mare de hotărâri judecătorești și a altor acte procesuale. În rezultat, sunt formulate soluții/recomandări practice utile celor abilitați cu aplicarea legii dar și la creația legislativă.

Date privind aprobarea rezultatelor.

Ca reper atât în activitatea didactică lucrarea este una binevenită ca un punct de reper și în cea practică pentru juriștilor preocupați de conceptul personalității infractorului. Concluziile și concepțiile de esență ale tezei de doctorat au fost expuse prin cadrul mai multor cercetări științifice, presupunând, în același timp, subiectul unor teze prezentate la forurile științifice internaționale și naționale, precum și la ședințele catedrei Drept Public a ULIM în anii 2008-2012.

Rezultatelor obținute și indicarea limitelor, cu aprecierea problemelor și situațiilor rămase nesoluționate. Rezultatele obținute sunt limitate multidirecțional: a) cercetarea prin respectiva temă a tezei de doctorat în conformitate cu specialitatea științifică aleasă, o abordare științifică care a fost axată, în mod exclusiv, doar pe analiza juridico-penală a *iresponsabilității penale*; b) natura juridico-penală a infracțiunilor comise de către persoane cu dizabilități cu handicap mintal, adică iresponsabile sau fără discernământ nu exclude, nici pe departe, și o cercetare suplimentară asupra acestor categorii de persoane în materia strictă de reabilitare sau resocializare și reintegrare socială a acestora în ce privește problematica altor discipline, de natură criminologică, psihologică, psihiatrică și de drept execuțional penal; c) persoanele iresponsabile, din punct de vedere penal, ne exclud și o necesitate de cercetare suplimentară din perspectiva drepturilor lor constituționale și de materie ale drepturilor omului, dar și cele ale bioeticii medicale. Deși noi, în mod tangent și conex, am efectuat careva tangențe și abordări în lucrarea noastră și la aceste aspecte, totodată, în urma cercetărilor întreprinse am reușit să obținem și unele date interdisciplinare la fundamentarea esenței conceptului juridico-penal care au contribuit semnificativ la fundamentarea aprecierii noțiunii de *iresponsabilitate penală*.

RECOMANDĂRI:

Recomandări cu caracter generic:

La stabilirea caracterului afectului (fiziologic sau patologic), unul dintre momentele importante este cel vizat de *circumstanțele* și rolul lor în *provocarea stării de afect*. Respectiv forța emoțiilor se recomandă a fi calculată după următoarea formulă unde: $E = V(In - Ip)$. E - este forța emoțiilor, V - valoarea, trebuința, necesitatea care a determinat-o, In - informația pe care trebuie să o posedă subiectul pentru a-și rezolva conflictul, Ip - informația pe care el o posedă. Cu cât mai mare este ponderea obiectului care a provocat conflictul și mai mică cunoașterea unor soluții de rezolvare a lui, cu atât mai grave sunt circumstanțele care au generat afectul.

Jurisprudența CtEDO a elaborat anumite norme și a constatat că dreptul la un proces echitabil nu prescrie obligația instanțelor naționale de a numi experți la solicitarea apărării, atunci când opinia expertului numit de judecată susține constatările procurorului. Totuși, CtEDO nu ezită să aplice art. 6 par. 3 lit. d) analogic cu modalitatea de aplicare a *expertizelor dacă, aparențele sugerează, în mod obiectiv, că expertul are un rol de martor al învinuirii*.

Se impune includerea în uzul normativ al CP RM a instituției *cauzelor de neimputabilitate*. Acest fapt este determinat de argumentele existente în favoarea distincției dintre cazurile care înlătură caracterul penal al faptei și cauzele de neimputabilitate. Or, argumentele, în favoarea reintroducerii în doctrina românească a acestei instituții, au vizat, inclusiv, armonizarea legislației penale naționale cu cea a țărilor din Uniunea Europeană (italiană, spaniolă, germană, franceză, belgiană etc.).

Urmărirea penală, în privința acestor persoane, *ar putea fi suspendată condiționat*, însă, deseori aceste persoane, fiind numite la expertiza legală psihiatrică rămân timp îndelungat arestate în așteptarea deciziei judecătii, *pentru a fi eliberate de sub arest și incluse într-un program de tratament specific*, ce, după noi, constituie o încălcare a art. 3 CEDO. Legislația procesual-penală în vigoare, care prevede efectuarea cercetării în cauzele cu privire la săvârșirea faptelor socialmente periculoase de către persoanele recunoscute iresponsabile și aplicarea față de ele a măsurilor de constrângere cu caracter medical, nu reglementează pe deplin unele probleme, fapt care impune identificarea anumitor coerențe de ordin aplicativ ce duc, evident, la încălcarea art. 7 CEDO.

Art. 23 CP RM nu reglementează trimiterea la tratament prin constrângere până la ieșirea din starea *psihotică*, cu rezolvarea ulterioară a responsabilității sau iresponsabilității persoanelor care s-au îmbolnăvit de *o boală psihică după comiterea infracțiunii*. Or, se întâlnesc cazuri, când bolnavii psihici sunt reținuți pentru comiterea unei infracțiuni mai puțin grave sau ușoare și care nu prezintă pericol social. Prevederile sunt lacunare în ceea ce privește art. 95 alin. (2) CP RM sau cel puțin omisive în privința faptului că după cum se menționează în: (2) Persoana care, s-a îmbolnăvit de o boală gravă, alta decât cea specificată la alin.(1), **până la pronunțarea sentinței sau în timpul executării pedepsei**, va putea fi eliberată de executarea pedepsei de către instanța de judecată, și care va împiedica la rândul său executarea pedepsei. Propunerea de *lege ferenda* este ca: „Persoana *care, până* la săvârșirea infracțiunii, cât și *după săvârșirea infracțiunii* sau *în timpul executării pedepsei*, s-a îmbolnăvit de o boală gravă, alta decât cea specificată la alin. (1), ce împiedică executarea pedepsei, poate fi liberată de

executarea pedepsei de către instanța de judecată”.

Se consideră necesar de reglementat în CP a RM trei cauze care exclud responsabilitatea: iresponsabilitatea, beția și minoritatea, care urmează a fi denumite *cauze de neimputabilitate*.

Se recomandă soluționarea problemei eficientizării răspunderii penale în anumite cazuri, prin includerea în legea penală a unor reglementări referitoare la situația de exonerare de răspundere penală în anumite cazuri, în special în cazul beției involuntare complete. Or, prin norme speciale se impune prevederea excluderii aplicării dispozițiilor legii penale datorită iresponsabilității persoanei care a consumat alcool și care se află într-o stare tulbură a conștiinței sale și a săvârșit o infracțiune. În opinia noastră, poate fi inspirat textul legii din reglementarea penală română.

Există un complex de probleme determinate, care invocă specificul procedurii penale în cauzele care vizează persoanele cu anomalii psihice. Se recomandă evidențierea în capitol separat al CPP RM, cu denumirea marginală de „Procedura penală specială în cauzele privind persoanele care au comise infracțiuni fiind cu anomalii psihice”.

Unele recomandări de lege ferenda în Codul penal al Republicii Moldova:

Art. 23 Excluz.

Capitolul III¹. CAUZE DE NEIMPUTABILITATE

ARTICOLUL 40² **Iresponsabilitatea**

Nu va fi pasibilă de răspundere și pedeapsă penală, persoana dacă în timpul săvârșirii unei fapte socialmente periculoase și prejudiciabile, era în stare de iresponsabilitate, adică, aceasta nu putea să conștientizeze acțiunile sau inacțiunile sale, ori nu le putea dirija din cauza unei tulburări psihice temporare, a unei boli psihice cronice sau a altei stări patologice. În temeiul unei hotărâri ale instanței de judecată în raport cu o asemenea persoană, vor putea fi dispuse măsuri de constrângere cu caracter medical.

Nu va fi pasibilă de răspundere și pedeapsă penală, persoana care a comis infracțiunea în stare de responsabilitate, dacă înainte de pronunțarea sentinței de către instanța de judecată, această persoană s-a îmbolnăvit de o boală psihică care a lipsit-o de posibilitatea de a-și conștientiza propriile sale acțiuni și a fi stăpân pe ele. În temeiul hotărârii instanței de judecată, în raport cu o asemenea persoane vor fi dispuse măsuri de constrângere cu caracter medical, iar ulterior, după însănătoșirea aceasta va putea fi supusă răspunderii și pedepsei penale, dacă nu vor exista alte impedimente legale în acest sens, în privința acesteia.

Dacă în momentul provocării stării de iresponsabilitate, făptuitorul a dorit, acceptat sau nu a prevăzut, deși putea și trebuia să prevadă comiterea infracțiunii pe care ulterior a săvârșit-o în stare de iresponsabilitate, în cazul în care a prevăzut și a dorit sau a acceptat comiterea faptei acestuia îi va fi imputată cu titlu de intenție, în caz contrar, se va reține în sarcina lui o infracțiune comisă din imprudență, în măsura în care, conform Codului penal, fapta comisă este incriminată și în această modalitate.

Capitolul III. Cauzele care înlătură caracterul penal al faptei

ARTICOLUL 35 Cauzele care înlătură caracterul penal al faptei

lit. g) Intoxicația

ARTICOLUL 40³ **Intoxicația**

Nu este imputabilă incriminată de legea penală săvârșită fapta de persoana care, în momentul comiterii acesteia, nu putea sau nu era în stare să-și dea seama de acțiunile sau inacțiunile sale, ori nu putea să le controleze, din cauza intoxicării involuntare cu alte substanțe psiho-active sau cu alcool.

Va fi imputabilă intoxicarea voluntară cu alte substanțe psiho-active sau cu alcool, dacă infracțiunea comisă este diferită de cea pe care **autorul și-a propus-o, el va răspunde pentru o faptă din imprudență și nu pentru o infracțiune intenționată**, în măsura în care nu a prevăzut sau acceptat posibilitatea comiterii acesteia **la perioada provocării stării de iresponsabilitate**.

Această modificare legislativă o propunem din rațiunile și argumentele prezentate în text ca respectiv **Intoxicația** adică beția voluntară în varianta completă să fie inclusă Capitolul III. Cauzele care înlătură caracterul penal al faptei în varianta propusă și inspirată din aceleași considerente și rațiuni din varianta Codului penal român **Capitolul III. Cauzele care înlătură caracterul penal al faptei** lit. h) Minoritatea

ARTICOLUL 40⁴ **Minoritatea**

Nu este imputabilă fapta prevăzută de legea penală săvârșită de un minor, care la perioada săvârșirii acesteia, nu întrunea condițiile prevăzute de lege pentru a fi supus răspunderii penale.

La rândul său și această modificare legislativ o propunem din rațiunile și argumentele prezentate în textul lucrării ca respectiv Minoritatea să fie inclusă Capitolul III. Cauzele care înlătură caracterul penal al faptei în varianta propusă.

ARTICOLUL 95 alin. (2) CP RM.: „**Persoana care, până la săvârșirea infracțiunii, cât și după săvârșirea infracțiunii sau în timpul executării pedepsei, s-a îmbolnăvit de o boală gravă, alta decât cea specificată la alin. (1), care este de natură a împiedică executarea răspunderii și a pedepsei penale de către instanța de judecată, va putea fi liberată de executarea pedepsei**”.

Articolul 134¹². Starea de ebrietate

Starea de ebrietate poate fi: totală sau parțială, voluntară și involuntară

Recomandări cu caracter de lege ferenda în CP al României:

ARTICOLUL 28 **Iresponsabilitatea**

Nu este pasibilă de pedeapsă persoana care, deși a comis fapta social periculoasă în stare de responsabilitate, dar înainte de pronunțarea sentinței de către instanța de judecată aceasta s-a îmbolnăvit de o boală psihică care a lipsit-o de posibilitatea să conștientizeze acțiunile ori inacțiunile sale, sau de a le stăpâni. În baza hotărârii instanței de judecată față de o asemenea persoană, se vor putea dispune: aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical, iar după însănătoșire aceasta va putea fi supusă pedepsei penale, dacă nu vor exista alte impedimente legale în acest sens în privința acesteia.

Dacă în momentul provocării iresponsabilității, inculpatul fie a dorit, acceptat sau nu a prevăzut, deși putea și trebuia să prevadă, comiterea infracțiunii pe care ulterior a săvârșit-o în stare de iresponsabilitate, în cazul în care a prevăzut și a dorit sau a acceptat comiterea faptei, îi va fi imputată infracțiunea cu titlul de intenție, în caz contrar, se va reține în sarcina ei o infracțiune comisă din culpă,

în măsura în care fapta comisă este incriminată în prezentul Cod, în această modalitate.

Sugestii privind potențialele direcții viitoare de cercetare legate de tema abordată sau planul de cercetări de perspectivă include în sine următoarele direcții de cercetare sau repere:

1. Infracțiunile comise în stare de consum de alcool și alte substanțe.
2. Starea de afect existentă la infracțiunile comise cu violență.
3. Eroarea juridică și influența ei asupra responsabilității penale.

Propuneri de utilizare a rezultatelor obținute în domeniile socio-cultural și economic: în practica persoanelor îndrituite să realizeze aplicarea legii penale (ofițeri de urmărire penală, procurori și judecători); în activitatea legislativă, fiind utile legiuitorului în procesul de îmbunătățire calitativă și continuă a cadrului normativ aferent; în procesul de instruire a studenților și masteranzilor din cadrul Facultăților de drept din instituțiile de învățământ superior, a doctoranzilor din cadrul Școlilor doctorale, precum și a audiențelor din cadrul Institutului Național al Justiției.

BIBLIOGRAFIE

I. Acte normative internaționale:

1. Declarația universală a drepturilor omului (10.12.1948)
2. Pactul Internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale 1976 (art. 12);
3. Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale (4.11.1950).
4. Declarația universală pentru eliminarea definitivă a foametei și malnutriției 1958;
5. Declarația Națiunilor Unite asupra mediului 1961;
6. Convențiile și Declarațiile Națiunilor Unite asupra mediului și dezvoltării (adoptate la Conferința de la Rio de Janeiro din 1992);
7. Convențiile de la Geneva 1949 și Protocoalele adiționale 1977;
8. Convenția asupra apartheidului 1983;
9. Convenția Unică asupra stupefiantelor (1961) și Protocolul de modificare (1972);
10. Convenția asupra substanțelor psihotrope (1971);
11. Convențiile de la Geneva 1949 și Protocoalele adiționale 1977;
12. Convenția asupra genocidului 1984;
13. Convenția asupra apartheidului, 1983;
14. Convenția ONU contra traficului ilicit de stupefiante și substanțe psihotrope (1988) ;
15. Documentele Organizației Mondiale a Sănătății (O.M.S.), ICD-10 (Clasificarea internațională a tulburărilor mentale și de comportament); Clasificarea ICD-10 a tulburărilor mentale și de comportament. Simptomatologie de Diagnostic clinic. OMS, Editura All Educational, 1968;
16. Declarația în urma lucrărilor Asociației Medicale Mondiale (AMM) publicate în cadrul celei de-a 47-a Adunări Generale, Bali, Indonezia, 1995;
17. Actele Comitetul European pentru Cooperare Legală a stabilit ca prioritate a anului 1979 protejarea suplimentară legală a bolnavilor psihic;
18. Recomandarea R(83)2 privind protejarea bolnavului psihic în anul 1983 a adoptat Comitetul de Miniștri al Consiliului Europei;
19. Recomandarea 1235 (1994) privind psihiatria și drepturile omului în anul 1994, Ansamblul Parlamentar al Consiliului Europei a adoptat în unanimitate;
20. Statutul Curții Penale Internaționale, Statutului CPI la Secretarul General al ONU. Inaugurarea oficială a CPI s-a produs la Haga, pe data de 11 martie 2003;
21. Convenția împotriva torturilor și a altor forme de comportament și pedepse antiumane, crude sau care înjosesc demnitatea omului (1984).
22. Ghid privind art.6 din Convenție. Dreptul la un proces echitabil, p. 42. [citată 12.02.2022]. Disponibil: https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_6_criminal_ROM.pdf; Case of *Pelissier and Sassi versus France* (25 March 1999). [citată 12.02.2022]. Disponibil: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-58226%22%5D%7D>; Case of *Sejdovic versus Italy* (1 March 2006). [citată 12.02.2022]. Disponibil: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-72629%22%5D%7D>

I. Acte normative naționale:

1. Constituția Republicii Moldova în vigoare, adoptată de Parlamentul Republicii Moldova la 29 iulie 1994 // Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 1 din 1994; cu modificări și completări ulterioare. Vizitat la: 23.10.2017. http://lex.justice.md/document_rom.php?id=44B9F30E:7AC17731.
2. Codul penal al Republicii Moldova în vigoare, nr. 985-XV, adoptat la 18 aprilie 2002, cu modificări și completări ulterioare.
3. Codul de procedură penală al Republicii Moldova, nr. 122-XV din 14 martie 2003 // Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 104-110/447 din 07 iunie 2003, cu modificări și completări ulterioare. <http://lex.justice.md/md/326970/>. Vizitat la: 23.10.2017.

4. Codul Contravențional, nr. 218 din 24.10.2008. <http://lex.justice.md/md/330333/>. Vizitat la: 23.10.2017.
5. Codul Penal al României. Legea nr. 286/2009. În: MO, Partea I, nr. 510 din 24 iulie 2009.
6. Codul Penal, nr. 985 din 18.04.2002. <http://lex.justice.md/md/331268/>. Vizitat la: 23.10.2017.
7. Уголовный Кодекс Грузии, принят 22.07.1999, введен в действие с 01.01.2001. Санкт-Петербург: Юридический Пресс Центр, 2002.
8. Уголовный Кодекс Республики Беларусь, одобрен 02.06.1999. Санкт-Петербург: Юридический Центр Пресс, 2001.
9. Уголовный Кодекс Республики Казахстан, закон РК от 16.07.1997, № 167 с изменениями на 01.08.2001. Санкт-Петербург: Юридический Центр Пресс, 2001.
10. Legea cu privire la expertiza judiciară și statutul expertului judiciar, nr. 68 din 14.04.2016. <http://lex.justice.md/md/365259/>. Vizitat la: 23.10.2017.
11. Legea cu privire la expertiza judiciară, constatările tehnico-științifice și medico-legale nr. 1086-XIV din 23.06.2000. <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&id=311530>. Vizitat la: 23.10.2017.
12. LEGEA privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope nr.713-XV din 6 decembrie 2001. În: Monitorul Oficial nr. 36-38 din 14.03.2002 art. nr : 208.
12. Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.1995. <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=312823&lang=1>. Vizitat la: 23.10.2017.
13. Legea privind sănătatea mentală nr. 1402-XIII din 16.12.1997. <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=312970&lang=1>. Vizitat la: 23.10.2017.
14. Legea cu privire la asistența psihiatrică din 16.12.1997, publicată în MO 44-46 la 21.05.1998.
15. Legea cu privire la expertiza judiciară , constatările tehnico-științifice și medico-legale din 23.06.2000, publicată în Monitorul Oficial nr.144-145, la 16.11.2000.
15^{HOTĂRÂREA} GVERNULUI Nr. 329 din 03.07.1991Cu privire la aprobarea Regulamentului instituției narcologice a Ministerului Sănătății al Republicii Moldova și Regulamentului instituției de reabilitare socială ale sistemului penitenciar al Ministerului Justiției al Republicii Moldova. În: Monitorul Oficial Nr. 000 din 03.07.1991. Regulamentul instituției narcologice al Ministerului Sănătății al RM, nr.154-157 din 21.11.2002.

II. Literatura de specialitate (monografii, manuale, note de curs, articole științifice rezumate ale conferințelor:

16. Alecu Gh. Drept Penal. Partea generală. Constanța: Europolis, 2005. 562 p.ISSN 1814-3199.
17. Alecu Gh. Instituții de Drept Penal. Partea generală și partea specială. Constanța: Ovidius University Press, 2010. 671 p. ISBN: 9975-70-370.
18. Antoniu G., Infrațiuni contra persoanei, în Codul penal comentat și adnotat. Partea generală. De T. Vasiliu et.al. București: Ed. Științifică, 1972, p.124. ISBN 9975-935-37-0.
19. Antoniu G. Partea generală a Codului Penal într-o viziune europeană. În: RDP, 2004, nr.1, București. ISBN: 9975-70-370.
20. Antoniu G. Sistemul cauzelor care înlătură vinovăția. În: Revista de drept penal, 1994, nr.2, București, p. 31. ISBN: 978- 606-673-341-0.
21. Antoniu G. Tipicitate și antijuridicție. În: RDP, 2004, nr. 2, p. 19. ISBN: 9975-70-370.
22. Antoniu G. Vinovăția penală. București: Ed. Academiei, 1995. ISBN: 978-606-673-341-0.
23. Antoniu G. Bulai C., Chivulescu G. Dicționar juridic penal. București: Ed. Științifică și Enciclopedică, 1976. 288 p.
24. Antoniu G. Popa M., Daneș Ș. Codul penal pe înțelesul tuturor. București: Ed. Politică,

1970. 464 p. ISBN 9975-935-37-0.
25. . Antoniu G. Tentativa, Ed. „Societății Tempus”, București, 1996, p.312.
 26. Apostol P. Norma etică și activitatea normată. București: Ed. Științifică, 1968.
 27. Avram M. et. al. Ghidul ofițerului de urmărire penală. Chișinău: Ed. Arc, 2004. ISBN 978-9975-3225-6-0.
 28. Avram M., Popovici T., Cobășneanu V. Cercetarea infracțiunilor contra persoanei. Chișinău: ARC, 2004. ISBN 978-9975- 9927-7-0.
 29. Baciú Gh. Medicină legală. Chișinău: Ed. Ruxanda, 1999, p. 169. (ISBN 978-9975-149-88-4).
 30. Barac L. Răspunderea și sancțiunea juridică. București: 1977.
 31. Barac L. Teoria generală a dreptului. Reșița: Universitatea Eftimie Murgu, 1993, p.115.
 32. Barbacar C. Delimitarea afectului fiziologic de afectul patologic și rolul acesteia la calificarea infracțiunii de omor. În: RND, 2004, nr. 10, p. 5.
 33. Barbacar C. Responsabilitatea persoanei aflate în stare de afect fiziologic. În: RND, 2004, nr. 9, p. 53.
 34. Barbăneagră A., Berliba V., Gurschii C. et. al. Codul Penal comentat și adnotat. Chișinău: Cartier, 2005. ISBN: 978-9975- 105-20-0.
 35. Barbăneagră Al., Alecu Gh., Berliba V. et. al. Codul penal al Republicii Moldova. Comentariu, Chișinău: Centrul de drept al avocaților, 2009. 860 p ISBN: 978-9975- 105-20-0.
 36. Basarab M. Drept penal. Partea generală. Iași: Fundația „Chemarea”, 1992. 978-973-1836-67-6
 37. Basarab M. Drept penal. Partea generală. Vol.II. București: Lumina Lex, 1997, p. 184. 978-973-1836-67-6
 38. Beliș V. Medicină Legală. București: Editura Teora, 1992, p.147.
 39. Beliș V. Riscurile consumului de alcool. București: 1981.
 40. .Beliș V. Tratat de medicină legală. Vol.II. București: Ed. Medicală, 1995.
 41. Beliș V., Medicină legală. Curs pentru facultățile de științe juridice, Casa editorial Odeon, București, 1999, pag. 161. (ISSN 1814-3199).
 42. Bică Gh., Griga I., Paraschiv G., Alecu G. Drept Penal. Partea general. Ediția a II-a. București: Editura Fundației România de Măine, 2008. ISSN 1814-3199.
 43. Bogdan S. Criminologie. Cluj-Napoca: Sfera, 2005.
 44. Bogdan T. Probleme de psihologie judiciară. București: 1973. Tiberiu Bogdan, *Psihologia juridică*, Editura Științifică, București, 1972, p. 190.
 45. Borodac A. Drept penal. Partea generală. Chișinău: 1994. ISBN: 9975- 9788-7-8.
 46. Boroî A. Drept penal. Partea general. București: Ed. C. H. Beck, 2006. ISBN: 978-606-18-0939-4.
 47. Boroî A. Drept Penal. Partea Generală. Ediția a III-a. București: ALL Beck, 2001. ISBN: 978-606-18-0939-4.
 48. Boroî A. Infracțiuni contra vieții. București: 1996. ISBN: 978-606-18-0939-4.
 49. Botnaru S., Șavga A., Grosu V., Grama M. Dreptul penal. Partea generală. Ediția a III-a. Chișinău: Ed. Cartier Juridic, 2006. 624 p. ISBN 978-9975-53-083-5
 50. Breban V. Dicționar al limbii române. București: Ed. Enciclopedică, 1992.
 51. Brenciu G., Panțurescu V. Notă (II). În: RRD, 1984, nr. 7, p. 53.
 52. Brînză S. Infracțiuni contra vieții, sănătății, libertății și demnității persoanei. Chișinău: USM, 1999. ISBN: 9975-79-324- X.
 53. Brînză S. Infracțiunile prevăzute la art. 146 și la art. 156 CP al RM: reflecții asupra calității legii penale și asupra unor probleme de calificare. În: RND, 2008, nr. 2., Chișinău, p. 2.
 54. Brînză S. Obiectul infracțiunilor contra patrimoniului. Monografie. Chișinău, Ed. Tipogr. Centrală, 2005. 676 p. ISBN978- 9975-53-470-3.
 55. Brînză S., Ulianovschi Gh. Considerații privind capitolul II „Infracțiuni contra vieții și sănătății persoanei” din proiectul noului Cod Penal al Republicii Moldova. În: RND, 2001, nr. 11, p. 11.
 56. Brînză S., Ulianovschi X., Stati V. et. al. Drept penal. Partea special. Vol. II. Chișinău:

- Cartier juridic, 2005. ISBN 978- 9975-53- 034-7.
57. Brînzei P. Itinerar psihiatric. Iași: 1979.
 58. Brînzei P., Scripcaru G., Pirozynski T. Comportamentul aberant și relațiile cu mediul. Iași: 1970.
 59. Brînzei P., Sîrbu A. Psihiatrie. București: 1981.
 60. Bujor V. Infracțiuni contra vieții și sănătății persoanei. Chișinău: 2003. ISBN: 978- 9975-4360-2-1.
 61. Bujor V., Șleahțișchi V. Omorul și vătămarea gravă a integrității corporale. Chișinău: 2003. ISBN: 978- 9975-4360-2-1.
 62. Bujor V., Pop O., Cauzalitatea criminalității, Editura Mirton, Timișoara, 2002, pag. 26-27
 63. D. Baltag în lucrarea Teoria răspunderii și responsabilității juridice, Chișinău: Tipografia Centrală, 2007. p. 49. Bulai C. Curs de drept penal. Partea special. București: Universitatea din București, 1975, p.320. ISSN 1814-3199)
 - 63¹ Costică Bulai, Manual de drept penal. Partea generală, București, All Beck, 1997, p.584.
 64. Bulai C. Drept penal. Partea general. Vol. III. București: T.U.B., 1982. 454 p. ISBN 973-9229-74-3.
 65. Bulai C. Manual de drept penal. București: Ed. All Beck, 1997, 459 ISBN 973- 9229-74-3.
 66. **(Banu) Șomicu Marcela**, Mariș Alexandru, Iresponsabilitatea penală, Monografie. Chișinău 2017, Ed. USEM p.214. 19 c.a. (ISBN 978-9975152-10-5); **(Banu) Șomicu Marcela**, Infracțiunile în stare de afect - Institutul de Economie Națională, București 2014;
 67. Beldiga C., Cojocaru, V., Dandar O., Învăț să fiu. Ghid psihologi școlari, diriginți, profesori. Chișinău: Didactica Pro, 2006. ISBN 5-88550-040-1, p. 148.
 68. **Banu (Șomicu) M.**, Considerații generale privind violența și starea de afect” în Revista: Studii de Securitate Publică, volumul 4, numărul 1(13) 2015, Ianuarie – Martie, publicație academică trimestrială editată de Departamentul de Poliție din cadrul Facultății de Poliție a Academiei de Poliție „Alexandru Ioan Cuza” București, în colaborare cu Asociația Română pentru Studii Judiciare și Securitate Publică, indexată în baze de date și cataloage internaționale. ISSN 2284-8592, ISSN-L 2248-8592, anul 2014.
 69. **Banu (Șomicu) M.**, Mariș A., Răspunderea și responsabilitatea juridica-analiza conceptelor, Analele Academiei de Studii Economice a Moldovei, Ediția a XI-a, nr.1/2013, Editura ASEM, ISSN 1857-1433, Chișinău, 2013, p. 113-121 (0,5 ca.);
 70. **Banu (Șomicu) M.**, Mariș A., Corelația conceptelor de iresponsabilitate penală, Analele Academiei de Studii Economice a Moldovei, Ediția a XI-a, nr. 2/2013, Editura ASEM, ISSN 1857-1433, Chișinău, 2013, p. 66-70 (0,4 ca.);
 71. **Banu (Șomicu) M.**, Responsabilitatea și iresponsabilitatea, responsabilitatea redusă în dreptul penal. Conferință internațională Științifică Practică - Abordări europene în cercetare și inovare 9-12 octombrie 2014, Universitatea de Studii Europene din Moldova. ISSN 2344-1106, p. 106-110 (0,4 ca.);
 72. **Banu (Șomicu) M.**, Infracțiunile în stare de afect, Materialele simpozionului organizat de Institutul Național de Criminalistică din cadrul I.G.P.R. și Asociația Criminaliștilor din România Simpozioane juridică: „Mijloacele de probă criminalistice” București, 23 aprilie. 2014, p. 11-17 (0,6 ca.);
 73. **Banu (Șomicu) M.**, Expertiza constatării iresponsabilității" Conferință științifică Internațională- Chișinău, Academia de Științe a Moldovei în colaborare cu Universitatea Națională din Odesa, Universitatea de Drept din Kiev si Universitatea Rusa de Prietenie a Popoarelor, 2013, p. 97-105 (0,4 ca.);
 74. **Banu (Șomicu) M.**, Masurile de constrângere cu caracter medical aplicate alcoolicii și narcomanilor s-au punerea lor sub curatelă, Analele Științifice ale Universității de Studii Europene din Moldova, Ediția II, nr. 2/2013, ISSN 2435-1114, Chișinău, 2014, p. 35-40 (0,3 ca.);
 75. Cara E. Sănătatea mintală și dreptul uman. Editată de Comitetul Helsinki pentru drepturile omului din Republica Moldova și Centrul neguvernamental „Pro Uman”. Chișinău:

- Universitas, 2004.
- 75¹ Callewaert J., L'article 3 de la CEDH: une norme relativement absolue ou absolument relative? În: Melanges M.A. Eissen. Bruxelles: Bruylant, 1995. p. 13, p. 35. CALLEWAERT J., L'article 3 de la CEDH: une norme relativement absolue ou absolument relative? În: Melanges M.A. Eissen. Bruxelles: Bruylant, 1995. p. 13, p. 35.
76. Cara E., Cazacu V., Mardari E., Dificultățile emiterii concluziei expertale bolnavilor în remisie valoroasă în cadrul schizofreniei, București, 1997, pag. 4
- 76¹ Cristescu, D. I., Reglementarea constatărilor și expertizelor medico-legale. În: „Dreptul”, nr. 2, 2002. p. 34-35.
77. Cazacu V. Anatomia vs delincvența juvenilă. În: Materialele Congresului național „Actualități în psihiatrie”. Chișinău, 27-28 mai, 2004, p. 420-424.
78. Chetruș U. Garantarea drepturilor și libertăților fundamentale ale omului și cetățeanului în aplicarea măsurilor de constrângere juridică. În: Legea și viața, 2007, nr. 7, p. 45.
79. Ciobanu I. Criminologie. Chișinău: Cartea Juridică, 2006, 312 p. ISBN 978-9975-3498-3-3
80. Cioclei V., Cercetarea criminologică, Editura All Beck, Timișoara, 1998, pag. 15
- 80¹. Ion Ciofu, M.Golu, C.Voicu, Tratat de psihologie, vol. I., Editura Academiei R.S.R., București, 1978, p. 215-291.
81. Coteanu I., Seche L., Seche M. Dicționar explicativ al limbii române. București: Univers Enciclopedic, 1996.
82. Damir D., Toader E. Discernopatia și delincvența infanțilo-juvenilă. Iași: 2006. Demian Mihai, Rusu Marius, Metode și procedee folosite de către deținuți pentru sustragerea de la regimul executării pedepsei închisorii, Buletinul penitenciar nr. 2/1978, București, p. 53 și urm. ISBN 973-9167-88-8.
83. Daneș Ș. Considerații asupra circumstanței atenuante a provocării. În: RRD, 1984, nr. 5, p. 211.
84. Dănescu G., Tomorug E. Probleme judiciare în psihiatrie. București: Ed. Panfil, 1973.
85. Dicționarul Explicativ al Limbii Române. București: Univers Enciclopedic, 1998. 1192 p.
86. Dima T. Dreptul penal. Partea generală. Curs. Vol. II. București: Ed. Lumina Lex, 2001.
87. Dobrânoiu V, Pașcu I. Drept penal. București: 1996.
88. Dobrinescu I. Infrațiuni contra vieții persoanei. București: Ed. Academiei RSR, 1987.
89. Dobrinoiu V., Nistoreanu Gh., Pascu I. et. al. Drept penal. Partea generală. București, Ed. Atlas Lex, 1996. ISBN 973-588- 281-7.
- 89¹ Doron, R., Parot P., Dicționar de psihologie. București: Humanitas, 2007. ISSN 1857-2073, p. 15.
90. Dongoroz V. et. al. Explicații teoretice ale Codului penal român. Partea generală. Vol. I. București: Ed. Academiei RSR, 1969.
91. Dongoroz V., Dărăngă D., Kahane S. et. al. Noul Cod penal și Codul penal anterior — prezentare comparativă. București: Ed. ”Politică”, 1968.
92. Dongoroz V., Kahane S., Oancea I. et. al. Explicații teoretice ale Codului penal roman. Partea specială. București: All Beck, 2003.
93. Dragomirescu V., Hanganu O., Prelipceanu D. Expertiza medico-legală psihiatrică. București: 1990.
94. Drăgănescu M. Inelul lumii materiale. București: Ed. Științifică. și enciclopedică, 1989.
95. Drept penal. Partea generală. Sub red. A. Borodac. Chișinău: Știința, 1994.
96. Drughescu N. Medicina legală. Curs pentru student, Editura Printech, București: 2001.
97. Duțu T. Cauzele care înlătură caracterul penal al faptei și cauzele justificative. Constanța: Europolis, 2007.
98. Enăchescu C. Igiena mintală și recuperarea bolnavilor psihici. București: 1979.
99. Florea M. Responsabilitatea acțiunii sociale. București: 1976. 100. Florea V. Beția și încălcarea dreptului. Chișinău: 1985.
101. Florea V. Pedepse pentru crimele săvârșite din motive de beție și alcoolism. În: Legea și viața, 1996, nr. 2, p. 29. 102. Florea V., Arjuc I. Răspunderea penală a minorilor. În: RND, 2004, nr. 1, p. 21.

- 103.Gheorghe G. Despre ordinul legii și comanda autorității legitime. În: RDP, 1998, nr. 1, p. 33-35. ISBN 973-588-281-7.
- 104.Gladchi Gh., Criminologie generală, Chișinău 2000, pag. 195
- 105.Groza Lulu I., Astărăstoae. V., Introducere în medicina legală pentru juriști. Curs universitar, Editura C.H.Beck, București, 2007, pag.205 ISBN 978-606-18-0930-1.
- 106.Gheorghe G. Despre ordinul legii și comanda autorității legitime. În: RDP, 1998, nr. 1, p. 33-35.
- 107.107.Hanga V. Mic dicționar juridic. București: Ed. Lumina Lex, 1999.
- 108.Ionescu A. Legitima apărare și starea de necesitate. București: Ed. Științifică, 1972. 188 p.
- 109.Jaspers K. Sensul istoriei. În: Texte filosofice. București: Ed. Politică, 1986, p.123.
- 110.Larii I. Criminologia. Chișinău: 2004.
- 111.Loghin O. Drept penal român. Partea generală. Vol. I. București: Ed. Universul, 1994. ISBN 973-9167-88-8.
- 112.Loghin O., Tudorel T. Drept penal român. Partea specială. București: 1999.
- 113.Longinescu S. Medicina legală în legile vechi românești. București: Ed. Curierul judiciar, 1924, p.235 (ISSN-L 2501- 1367).
- 114.Macari I. Aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical. În: RND, 2002, nr 2.
- 115.Macari I. Drept penal al Republicii Moldova. Partea special. Chișinău: USM, 2003. 398 p. ISBN: 9975-70-247-3.
- 116.Manole N. Unele considerații referitoare la cauzele care înlătură caracterul penal al faptei, cauzele de neimputabilitate și cauzele justificative în viziunea noului Cod penal al României. Studiu comparativ. În: Noua legislație penală, o nouă etapă în consolidarea statului de drept român. Sesiune Științifică organizată de Universitatea „Al. I. Cuza” din Iași - Facultatea de Drept, Asociația Internațională de Drept Penal (AIDP) și Asociația Română de Științe Penale (ARSP), Iași, 28-29 octombrie 2011, p. 8-15.
- 117.Mariț A. Dreptul penal. Partea general. Vol. I. Chișinău: 2002.
- 118.Mircea I. Vinovăția în dreptul penal roman. București: Ed. “Lumina Lex”, 1998.
- 119.Mirișan V. Considerații privind unele cauze care înlătură caracterul penal al faptei. Zalău: GIL, 1996. 220 p. 120.Mitroian N., Zdrenghea V., Butoi T. Psihologie judiciară. București: Șansa, 1992.
- 121.Molnar I. Ordinul legii și comanda autorității legitime. În: RDP, 1997, nr. 2, p. 50-53.
- 122.Moraru I., Predescu V. Criterii de stabilire a responsabilității în expertiza psihiatrică judiciară. București: 1962.
- 123.Nacu A., Cazacu V. Aspecte actuale ale conceptului de discernământ în tulburările de personalitate, oligofrenii și delincvența juvenilă. În: Materialele Congresului Național „Actualități în psihiatrie”. Chișinău, 27-28 mai, 2004, p. 382.
- 124.Nacu Al., Nacu A. Psihiatrie judiciară. Chișinău: F.E.P. „Tipografia Centrală”, 1997, p. 27.
- 125.Narcis G. Drept penal general. Doctrină, legislație, jurisprudență. București: 1997.
- 126.Nastas I., Coșciug I., Fulga I. et. al. Agresivitatea și devianțele sexuale – considerații medico-legale psihiatrice. În Materialele Congresului național „Actualități în psihiatrie”.- Chișinău, 27-28 mai, 2004, p. 439-444.
- 127.Nistoreanu G., Boroî A. Drept penal român. Partea specială. București: 2002. ISBN 973-655-182-2.
- 128.124.Nistoreanu G., Boroî A. Drept penal. Partea generală. București: Ed. All Beck, 2002. 338 p. ISBN 973-655-182-2.
- 129.Ogodescu D. Nevrozele. Timișoara: 1973.
- 130.Oprea N., Nacu A., Revenco M. Psihiatrie. Chișinău: 1994.
- 131.Oancea I., Probleme de criminologie, Editura All Educational, 1998, pag. 195.
132. Pascu I. Drept penal. Partea general. București: Ed. Europa Nova, 2001. 416 p.
- 133.Pașca V. Măsuri de siguranță. Sancțiuni penale. București: Ed. Lumina Lex, 1998, p.283 .
- 134.Pașca V. Noul Cod penal comentat. București: Ed. C.H. Beck, 2006. 600 p.

135. Pavel D. Legitima apărarea și starea de provocare. Elemente de asemănare și de diferențiere. În: JN, 1965, nr. 8, p. 55.
136. Pătulea V., Șerban, Marconescu B. Răspunderea și responsabilitatea socială și juridică. București: Ed. științifică și enciclopedică, 1988.
137. Pivniceru M. Răspunderea penală în dreptul internațional. București: Ed. Colegium Polirom, 1999.
138. Pop T. Drept penal comparat. Partea general. Vol. II. Cluj: 1932.
139. Popa N. Teoria generală a dreptului. București: 1995.
140. Pop O., Neagu G., Criminologie generală, Chișinău 2005, pag. 97
141. Popa V., Drăgan I., Lăpădat L., Psiho-sociologie juridică, Luminalex 1999, pag. 104.
142. Ralea M., Hariton T. Sociologia succesului. București: Ed. Științifică, 1962.
143. Rădulescu S. Anomie. Devianță și patologie socială. București: 1991. Rătescu C. et al. Codul penal adnotat. Partea special. București: Socec, 1937.
144. RADU GH. Psihologie școlară pentru învățământul special, București: Editura: Fundatia Humanitas, 2002. ISBN 973-681-609-5, p. 40.
- 144¹ Racu A., ș.a., Asistența Socială a persoanelor cu dizabilități. Chișinău: Pontos, 2007. ISBN 978-9975-86-139-7, p. 40. RACU A., BOTNARI V., POTÎNG A. ș.a. Incluziunea socială a persoanelor cu CES prin dezvoltarea parteneriatului: familie-echipa multidisciplinară-comunitate. Chișinău, 2012. ISBN 978-9975-127-50-9, p. 22.
145. Rotari O. Criminologie. Ediție revăzută și adăugită. Chișinău: Ed. rev. Tipogr. Foxtrop SRL, 2011. 890 p. ISBN 978-9975- 57-098-5.
146. Rotari O. Delincvența juvenilă: probleme actuale și căi de soluționare. Monografie. Chișinău: Ed. rev. Tipogr. Foxtrop SRL, 2010. 204 p. ISBN 978-9975-57-098-5.
147. Rusnac C. Psihologia Dreptului. Chișinău: Ed. ARC, 2000.
- 147¹ Romandaș N. ș.a., Dreptul protecției sociale. Chișinău: Foxtrot, 2011. ISBN 978-9975-75-750-8, p. 137.
148. Scripcaru G. Curs de medicină legală. Iași: Ed. Fundației Chemarea, 1995.
149. Scripcaru G., Astărăstoaie V., Criminologie clinică, Polirom, 2003, pag. 172.
150. Sima C. Măsurile de siguranță în dreptul penal contemporan. București: Ed. All Beck, 1999.
151. Sîrbu A. Psihiatrie clinic. Ghid alfabetic. Cluj: 1979, p. 439.
152. Stancă J., Matei G., Stan I. Teorii criminologice contemporane. Ploiești: Serviciul Editorial, 1992.
153. Stănoiu R. Familia - factor de bază în dezvoltarea personalității și în prevenirea delincvenței juvenile. Comunicare prezentată la simpozionul național de criminologie 11-12 decembrie, 1981.
154. Stănoiu R., Griga I., Dianu T. Drept penal. Partea general. București: Ed. Hyperion, 1992. 245 p.
155. Stoica O. Drept penal. Partea specială. București: 1976.
156. Stretanu F. Drept penal. Partea generală. București: Ed. Rosetti, 2003, p. 288.
157. Tănăsescu I. Circumstanțele atenuante. În: Dreptul, 1996, nr. 10, p. 78.
158. Tănăsescu I., Tănăsescu C., Tănăsescu G. Drept penal general. București: Ed. All Beck, 2002.
159. Tănăsescu I., Tănăsescu G., Tănăsescu C., Tipologii criminogene, Editura C.H.Beck, 2007, pag. 3.
160. Tănoveanu I. Tratat de drept penal și procedură penală. București: Curierul judiciar, 1924.
161. Volonciu, N. Tratat de procedură penală. Partea specială. vol. II, București: 1999, Ed. Paideia, p. 389.
162. Tilici A. Provocarea. Reflecții critice. În: RDP, anul V, nr. 3, București: 1998, p. 105.
163. Turianu C. Răspunderea juridică pentru faptele penale săvârșite de minori. București: Ed. Continent XXI, 1995.
164. Ulianovschi X. Răspunderea penală a minorilor. În: RND, 2002, nr. 3, p. 10, ISBN: 9975-9564-4-4. ISSN 1811-0770.
165. Ungureanu A. Drept penal român. Partea general. București: Ed. Lumina Lex, 1995. ISBN: 9975-9564-4-4.

166. Ungureanu U. Drept Penal Român. București: Lumina Lex, 1995, p. 153.
167. Ungureanu A., Prelegeri de criminologie, Editura Cugetarea Iași, 1999, pag. 202.
168. Uță L., Jora C. Expertiza – medico-legală în procesul penal. București: Ed. Lumina Lex, 2003.
- 168¹. URS I., Repararea daunelor morale. București: Lumina Lex, 2001. ISBN 978-9975-44-68-5-3, p. 32.
169. Vieru S., Florea V. Speranțe înecate în pahar. Chișinău: 1987.
170. Zamfirescu V. Etica și etologia. București: Ed. Științifică și enciclopedică, 1982.
171. Zolyneak M. Drept penal. Partea Generală. Vol. II. Iași: Chemarea, 1992.
172. Iacobuță I.A., Criminologie, Editura Junimea, Iași, 2002, pag. 186.
- 172¹. C.T.Morgan, Physiological psychology, Mergaw - Hill Book, 1965.
- *****
173. Авдеев М.И. Судебная медицина. Москва: Госюриздат, 1960.
174. Антонян Ю.М., Бородин С.В. Преступное поведение и психические анатомии. Москва: Спартак, 1998. ISBN: 978- 5-8354-0856-6
175. Антонян Ю.М., Бородин С.В. Преступность и психические аномалии. Москва: Наука, 1987. ISBN 5-93292-001-7.
176. Антонян Ю.М., Дашков Е.В., Кудрявцев В.Н., Криминология, Москва, Юрист, 2006, стр. 158. ISBN 589123890X.
177. Антонян Ю.М., Ткаченко А.А. Сексуальные преступления. Москва: 1993.
178. Арешов П.Г. Судебно-медицинская квалификация повреждений глаз и потери зрения Автореф., Москва: 1950.
179. Ахметова Е. Объективные признаки преступлений, совершенных в состоянии аффекта. Тураби, № 3, 2004, p. 89.
180. Байлов А. Посягательства на личность в состоянии аффекта по УК РФ и УК Украины. În: Законность, 2002, № 8, p. 40.
181. Бейсенов Б.С. Алкоголизм. Уголовно-правовые и криминологические проблемы. Москва: Изд. Юридическая литература, 1981.
182. Бобров Н.Н., Махонько А.Р. Клинико-социальная характеристика психически больных, совершивших общественно - опасные действия. Москва: 1987.
183. Бородин С.В. Квалификация убийства по действующему законодательству. Москва: Юридическая литература, 1966.
184. Бородин С.В. Ответственность за убийство: квалификация и наказание по Российскому праву. Москва: Юрист, 1994. 179 p. ISBN 5-94201-403-5.
185. Бородин С.В. Преступления против жизни. Санкт-Петербург: Юридический Центр, 2003.
186. Бородин С.В., Дубовик О.Л., Келина С.Г. и др. Комментарий к Уголовному Кодексу Российской Федерации. Москва: Юрист, 2000.
187. Ветров Н.И. Уголовное право. Общая часть. Москва: 1999.
188. Вилюнас В.К. Психологические механизмы мотивации человека. Москва: 1990.
189. Гайков В.Т. и др. Уголовное право. Общая часть. Ростов н/Д: Изд-ство «Феникс», 2006.
190. Георгадзе З.О., Царгасова Э.Б. Судебная психиатрия. În: Закон и право, Москва, 2004, p. 170.
191. Громов А.П. Судебно-медицинская оценка повреждений органа слуха. Автореф. Москва: 1952.
192. Гуревич Л.И. Борьба с телесными повреждениями по советскому уголовному праву. Автор. диссертации. Москва: 1950.
193. Дубовец П.А. Ответственность за телесные повреждения по советскому уголовному праву. Москва: Юридическая литература, 1964. ISBN X628.101.2
194. Дурманов Н.Д. Понятие телесных повреждений по советскому уголовному праву În: Советское государство и право, 1956, №1, p. 86. Дмитриева А.С., Г.В.Клименко,

- «Судебная психиатрия», Москва, Юрист. стр. 41;
195. Еникеев И.Л. Юридическая психология. Москва: 2000. ISBN: 5776900255.
196. Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д.В. Судебная психиатрия. Москва: Норма-Инфра - М, 1999. ISBN 9785392309832.
197. Жижиленко А.А. Преступления против личности. Москва: 1927.
198. Загородников Н.И. Преступления против здоровья. Москва: 1969. ISBN 5-7975-0137-6.
199. Загородников Н.И., Игнатов А.Н. Преступления против личности. Москва: 1962. 168 р.
200. Иванов К. Правовые вопросы борьбы против пьянства и алкоголизма. Москва: 1973.
201. Исмаилов И.А. Ответственность за причинение тяжких телесных повреждений по советскому уголовному праву. Баку: 1969.
202. Кайзер Г. Криминология. Москва: Изд. «Юридическая Литература» 1979.
203. Калашник М.Я. Судебная психиатрия. Москва: 1961.
204. Капинус С. Убийства: Мотивы и цели. Москва: ИМПЭ ПАБЛИШ, 2003. ISBN 978-5-4417-0656-9
205. Карева М.П. Право и нравственность в социалистическом обществе. Москва: 1951.
206. Кербиков О.В. и др. Психиатрия. Москва: Медицина, 1968.
207. Кобринский Ю.Г., Туркевич И.К. Подросток и закон. Киев: 1986.
208. Комментарий к Уголовному Кодексу Российской Федерации. Под ред. В.М. Лебедева. 5-е издание. Москва: Изд.«НОРМА», 2008. ISBN: 5-86-225-645-8.
209. Комментарий Уголовному кодексу РФ. Под ред. Скуратова Ю.И., Лебедева В.М. Москва: Норма, 1996. 487 р. ISBN 5392263291, 9785392263295.
210. Кудрявцев В.Н., Малеин Н.С. Правовое положение, его субъекты и пределы. *În*: Правоведение, 1980, № 3, р. 35. 2016. ISBN 978-5-16-105371-3.
211. Кудрявцев И.А. Ограниченная вменяемость. *În*: Государство и право, 1995, № 5, р. 21-27.
212. Кудрявцев М.А. Судебно-психологическая экспертиза аффекта. Москва: 1983.
213. Кузнецов Н.Ф. Преступность и нервно- психические заболевания. *În*: Вести МГУ, Право, 1977 № 3, р. 11 -20.
214. Курс советского уголовного права. Тм 3. Часть особенная. Под ред. Беляева Н.А. и Шаргородского М.Д. Ленинград: Издательство Ленинградского Университета. 1973.
215. Коркина М., Лакосина Н.Д, Психиатрия. Учебник. Москва: Медицина, 1995. 326 р. ISBN: 5-94201-027-7.
216. Костюка Г.С., Психология. Учебник. Киев: 1968. 425 р.
217. Коркина М., Лакосина Н.Д., Психиатрия. Учебник. Москва: Медицина, 1995. 326 р.
218. Кузнецовой Н.Ф., И.М. Тяжковой, Уголовное право Росии. Общая часть. Москва: Изд.-ство Зеркало, 2004. . ISBN: 5-16-000573-0, 5- 89123-510-2.
219. Курс советского уголовного права. Том 5. Под ред. Пионтковского А. А., Помашкина П.С. Москва: Издательство Наука, 1971.
220. Лакенбилл Д. Юридическая конфликтология. Москва: 1995.
221. Лебединский В.В. Эмоциональное нарушение в детском возрасте и их коррекция. Москва: МГУ, 1990.
222. Лунц Д.Р. Проблема невменяемости. Судебная психиатрия Учебник. Под ред. Морозова Т.В. Москва: Медицина, 1965. 358 р.
223. Лысак Н.В. Ответственность за убийство, совершенное в состоянии сильного душевного волнения. Автореф. дис. Москва: 1995.
224. Милько Ю.Т. Ответственность за тяжкие телесные повреждения по советскому уголовному праву. Автореф. Диссерт. Москва: 1959.
225. Минская В.С. Поведение потерпевшего в генезисе преступлений против личности. Автореф. канд. дис. Москва: 1972.
226. Минская В.С., Чечель Г.И. Виктимологические факторы и механизм преступного поведения. Иркутск: 1988.

227. Могилевская Д.М. Ответственность за умышленное убийство. Ленинград: 1995.
228. Морозов Г.В. Судебная психиатрия. Москва: Юридическая литература, 1986.
229. Научно-практическое пособие по применению УК РФ. Под ред. В.М. Лебедева. Москва: Изд-во Норма, 2005.
230. Ограниченная вменяемость в проектах нового уголовного законодательства. Їп: Правовые вопросы судебной психиатрии. Сборник научных трудов. Под ред. Г. В. Морозова. Москва: 1990.
231. Орехов В.В. Борьба с телесными повреждениями по уголовному праву: Автореф. Диссерт. Ленинград: 1960.
232. Павлов В. Субъект преступления и уголовная ответственность. Санкт-Петербург: 2000.
233. Пионтковский А.А. Советское уголовное право. Часть особенная. Москва: 1951.
234. Попов А.Н. Преступления против личности при смягчающих обстоятельствах. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2001.
235. Попов А.Н. Насилие как основание возникновения аффекта при совершении преступления против личности. Їп: Российский следователь, 2002, №6, р. 15-18.
236. Принципы советского уголовного права. Под ред. Келина С.Г., Кудрявцев В.И. Москва: Изд-во «Наука», 1988.
237. Протченко Б.А. Принудительные меры медицинского характера по советскому уголовному праву. Москва: 1979.
238. Психиатрия. Учебник. Под ред. Коркина М., Лакосина Н.Д. Москва: Медицина, 1995. 326 р.
239. Психология. Учебник. Под ред. Костюка Г.С. Киев: 1968. 425 р.
258. Райский С.М. Судебная медицина. Москва: Медицина, 1953.
240. Рарог А.И. Уголовное право России. Особенная часть. Москва: 1997.
241. Ривман Д.В. Виктимологические факторы и профилактика преступлений. Ленинград: 1975.
242. Рогачевский Э. Особенности субъективной стороны преступлений, совершенных в состоянии аффекта. Їп: Правоведение, 1983, № 6, р. 86.
243. Розин В.М. Психология для юристов. Учебное пособие для высшей школы. Москва: Дом «Форум», 1997.
244. Романов В.В. Юридическая психология. Москва: 2002.
245. Ревина В.П., «Уголовное право России. Общая и особенная части», под редакцией стр.150;
246. Сарыев Б. Ответственность за преступления против жизни и здоровья. Ашхабад: Издательство Илым, 1973.
247. Сафуанов Ф. Психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетнего обвиняемого. Їп: Российская юстиция, 1997 № 7, р. 29.
248. Сафуанов Ф.О проблеме аффективных состояний. Їп: Советская юстиция, 1991, № 21-22, р. 4.
249. Сафунов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе. Москва: 1998.
250. Сидоренко Э. Некоторые проблемы уголовно-правовой оценки состояния опьянения виновного в теории и правоприменительной деятельности. Їп: Уголовное право, 2005, № 1, р. 68.
251. Сидоров Б.В. Аффект. Его уголовно-правовое и криминологическое значение. Казань: Казанский Университет, 1978. 248 р.
252. Ситковская Д. Аффект. Москва: Юрлитинформ, 2001.
253. Ситковская О.Д. Судебно-психологическая экспертиза аффекта. Москва: 1983.
254. Смирнова Н.Н. Юридическая психология. С-П.: 2000.
255. Советское уголовное право. Особенная часть. Под ред. П.И. Гришаева, Б.В. Здравомыслова. Москва: Юридическая Литература, 1988.
256. Спасенников Б. Аффект и уголовная ответственность. Їп: Закон и право, 2003, № 6, р. 31.

257. Спасенников Б. Принудительные меры медицинского характера. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2003.
258. Сташис В.В., Бажанов М.И. Преступления против личности в УК УССР и судебной практике. Харьков: 1987.
259. Судебная психиатрия. Под ред. А.С.Дмитреева, Т.В. Клименко. Москва: Юристъ, 1998.
260. Тадевосеан В.С. Об уголовной ответственности за преступлении против дететей. Їп: Советское государство и право, № 8-9, Москва 1940, р. 157-158.
261. Ткаченко А.А. Криминология. Общая часть. Санкт-Петербург: 1992. ISBN 978-5- 392-32744-7.
262. Ткаченко В. Умышленные убийства. Їп: Закон и жизнь, № 12, 1978, р. 49.
263. Ткаченко В.И. Квалификация убийств и телесных повреждений в состоянии сильного душевного волнения. Їп: Вопросы криминалистики, 1964, № 12, р. 42-47.
264. Ткаченко В.И. Ответственность за умышленные преступления против жизни и здоровья, совершенные в состоянии аффекта. Москва: Юридическая литература, 1979.
265. Ткаченко Т. Преступление совершено в состоянии аффекта. Їп: Российская юстиция, 1996, № 11, р. 52-53.
266. Ткаченко Т. Уголовно-правовое значение аффекта. Їп: Законность, 1995, № 10, р. 5-9.
267. Уголовное законодательство зарубежных стран. Под ред. И.Д. Козочкина. Москва: Изд. «Зерцало», 1999. ISBN: 5- 94201-203-2.
268. Уголовное право зарубежных стран. Общая Часть. Под ред. И.Д. Козочкина. Москва: Изд-во Омега-Л. ИМПЭ им. А.С. Грибоедова, 2003. ISBN: 5-94201-022-6.
269. Уголовное право России. Общая часть. Под ред. Н.Ф. Кузнецовой, И.М. Тяжковой. Москва: Изд.-ство Зеркало, 2004.
270. Уголовный Кодекс Украины (с изменениями и дополнениями по состоянию на 1 сентября 2008), В.И. Тютюгин. Харьков: Изд-во «Одиссей», 2008. ISBN: 5-94201-012-9
271. Уголовный Кодекс Украины. Научно-практический комментарий. 3-е издание. Киев: «А.С.К.», 2003. ISBN: 5- 94201-084-6.
272. Ульяновский К. Умышленные убийства. Есть проблемы их толкования. Їп: Закон и жизнь, № 15, 17, 1974.
273. Фарбер И.М. Современная психоневрология. Москва: 1928.
274. Фелинская Н.И. О дискуссионных вопросах судебно-психиатрической оценки психопатий. Москва: 1982.
275. Филановский И.Г. Социально-психологическое отношение к субъекту преступления. Ленинград, 1970.
276. Франк Л.В Потерпевшие от преступлений и проблемы советской криминологии. Душанбе: 1977.
277. Фрейров О.Е. О пределах компетенции эксперта – психиатра в уголовном процессе. Їп: Советское Государство и право, 1964, №.8, р. 114.
278. Хомовский А.А. Некоторые пути научного сотрудничества юристов и психиатров. Москва: 1983.
279. Чечель Т.И. Об учении психических аномалий виновного в совершении преступлении при определении ответственности. Учен зап. Саратовского юридического института, 1970. Выпуск – 19. 42, р. 179.
280. Чуфаровский А.С. Юридическая психология. Москва: 2000.
281. Чобану И., Запорожан И., Криминология, Chişinău. 2005, стр. 281.
282. Шавгулидзе Т. Аффект и уголовная ответственность. Тбилиси: Мецниереба, 1973.
283. Шаргородский М.Д. Преступления против жизни и здоровья. Москва: Госюриздат, 1948.
284. Шахриманьян И.К. К вопросу о так называемой уменьшенной вменяемости. Їп: Вести, ЛГУ, 1961. Выпуск 4 – 2, р. 175.
285. Шишков С. Установление «внезапно возникшего сильного душевного волнения

- (аффекта)». În: Законность, 2002, № 11, p. 23.
- 286.Шорыгин С.С. Ответственность за телесные повреждения по советскому законодательству. Автореф. Диссерт. Москва: 1974.
- 287.Шестаков Д. А., Криминология. Краткий курс, Санкт-Петербург, 2001, с.134.
- 288.Яценко С.С. Уголовно-правовая борьба с пьянством и алкоголем. Киев: 1977.
- *****
- 289.Barte H. et Ostaptzeff G. Criminologie Clinique. Paris: Ed. „Masson”, 1992.
- 290.Boulan V. F. La provocation. In problem actuel de science criminelle, Tome 2, PUAM, 1989, p. 7.
291. Calderon A., Choclan J. Derecho penal. Parte general. p. 229.
- 292.Carbonier J. Du sens de la repressions applicable aux complices selon l'article 59 du code penal. In: JCP 1952. I 1034.
- 293.Chauveau Adolphe, Faustin Hélie, Théorie du Code Pénal. Paris: Imprimeurs – Éditeurs Libraires de la Cour de Cassation, Cinquième Édition, Tome Premier, 1872. 612 p.
- 294.Dupuy J. La provocation en droit penal. These Limoges: 1978.
- 295.Ellenberger M. F. Crime et maladie mentale. In : RICPT/1964, p. 125-131.
- 296.Fabrice Defferrard. La provocation. Revue criminelle de droit compare, nr. 2, 2002, p. 233.
- 297.Fiandaca G., Musco E. Diritto penale. Parte generale. p. 311.
- 298.Fiore C. Diritto penale. Parte generale. p. 403.
- 299.Fr. Clerc - VI Congres de Nations Unies pour le prevention de crime et le traitement des delinquans, Caracas. In Revue de science criminelle et droit penal compare, nr. 2/1981, p. 354-363.
- 300.Le Grand Robert. Provocation in Dictionnaire de la langue francaise. Tome VI, 2-e ed., 1992, p. 864.
- 301.Memmi A. La dependens, pref. F. Braudel, Gallimard, 1979 et coll. Folio/Essais, n. 230, p. 32.
- 302.Salavage A. La lien de causalite en matier de la complicité, cett Revue 1981, p. 29. Regalement Provocation (2). In G. Cornu, Vocabulaire juridique Capitant, Quadrige IPUF, 2001, p. 691.
- 303.TGI Nevers, 21 avril 1988, cite in J. Boricand, La repression de la provocation au suicide: de la jurisprudence a la loi, JCP, 1988. I. 3359, n. 19.
- 304.Virally M. La pensee juridique. Paris: 1960. 108 p.
- 305.Virginie Catoire. Le particularisme du droit penal des delinquants anormaux mentaux. Montpellier: 1998.
- 306.Johnson R. Social conscionsness. New – Iork: 1968.
- 307.Mowrer O. Juridical socilogy. Washington: 1961.
- 308.Maher B. Philosophy of juridical. Los Angelas, 1966.
- 309.Unger D. The moral conscicusness. Bohn: 1962.
- 310.Izard K. Emotions in the moral conscionsess. Bohn: 1976.
- 311.Ausubel D. Un principled in the moral conscionsee., Orleandeo: 1955.
- 312.Lewis G. Emotions of the moral conscionsess. Jaksonvilli: 1971.
- 313.Freedman Wllinton Bless. The psychic aspects of the compromise, Washington, 1967.
- 314.Freud S. Psychologie des foules et analizse du moi, în Essais de psychanalyse. Paris, Payot, 1981
- 315.Mandler G. The quorelation of the penal guiltiness and the alarm of the sour. San-Fransisco: 1975.
- 316.Degres de la moralite. Garraud, Precis, ed. 9-a, No. 116., Divers degres de la responsabilte penaile. Vidal, Cours, No.121.
- *****

V.Rapoarte, Regulamente, Ghiduri, Documente de lucru:

- 317.Regulamentul de apreciere medico-legală a gravității vătămarilor corporale (aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al RM, nr. 199, din 27.06.2003).

<http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=313575>. Vizitat la: 23.10.2017.

318. Raport de expertiză psihiatrico-legală staționară nr. 135 an. 2011
319. Raport de expertiză psihiatrică legală staționară nr. 57 sn-2012
320. Regulamentul de activitate a spitalului de psihiatrie, Anexa nr. 3 la Ordinul Ministerului 148 Sănătății nr. 591, din 20.08.2010.
321. Regulamentul de activitate a spitalului de psihiatrie, Anexa nr. 3 la Ordinul Ministerului Sănătății nr. 591, din 20.08.2010.

IV. Tezele de doctorat. Autoreferate ale tezelor de doctorat:

322. Gîrla L. Pruncuciderea: analiza juridico-penală și criminologică. Autoreferat al tezei de doctor. Chișinău: USM, 2005.
323. Grosu V., în Teza de doctorat cu titlul Problematika răspunderii penale a persoanelor juridice și a altor subiecte colective de drept (analiza situației prin prisma dreptului comparat) Chișinău: USM, 2003.

VI. Jurisprudența națională, străină și CtEDO Practică judiciară:

324. Hotărârea CC nr. 28 din 14.12.2004. În: MO nr. 241/29 din 27.12.2004.
325. Hotărârea CC nr. 2 din 28.01.1999. În: MO nr. 16-18/6 din 18.02.1999.
326. Hotărârea Plenului Judecătorei Supreme a Republicii Moldova din 15.11.1993, nr. 9 „Cu privire la practica judiciară pe dosarele despre omorurile premeditate”. În: Culegere de hotărâri explicative a Republicii Moldova (1974-1999). Chișinău: Curtea Supremă de Justiție, 2000, p. 235.
327. Hotărîrea Plenului Curții Supreme de Justiție a RM cu privire la respectarea normelor de procedură penală la adoptarea sentinței nr. 10 din 24.04.2000.
328. cauza *Tomasi c. Franței* (1992) și *Ribitsch c. Austriei* (1995).
329. cauza *Satikși alții c. Turciei* (2000)
330. cauza *Rehbock c. Sloveniei* (2000)
331. cauza *Puntea c. României* (2003)
332. cauza *Salman c. Turciei* (2000)
333. cauza *Peers c. Greciei* (2001) 334. cauza *Dougoz c. Greciei* (2001)
335. cauza *Kalashnikov c. Federației Ruse* (2002)
336. cauza *McGlinchey și alții c. Regatului Unit* (2003) 337. cauza *Winterwerp v. Olanda*
338. cauza *Vulasinas c. Lituaniei* (2001)
339. cauza *Van der Ven c. Glandei* (2003)
340. cauza *Keenan c. Regatului Unit* (2001)
341. hotărârea sa *Herczegfalvy c. Austriei* (1992)
342. cauza *Tyrer c. Regatului Unit* (1978): cauza *Gul v. Elveția* din 19.02.1996
343. Hotărârea *Caliskan c. Turcia* din 2 octombrie 2007
344. Trib. Jud. Arad, Dec. penală nr. 381/1969. În: RRD, 1969, nr. 12, p. 181.
345. Trib. Jud. Hunedoara, Dec. penală nr. 26 din 22 ianuarie 1979. În: RRD, 1979, nr. 7, p. 66.
346. Trib. județean Brașov, Dec. penală nr. 2/1969. În: RRD 1969, nr. 3, p. 152.
347. 168. Trib. județean Suceava, Sent. pen. nr. 21 din 6 iulie 1968. În: RRD, 1969, nr. 4, 1969, p. 183.
348. 169. Trib. Mun. București, Dec. nr. 470/1992. În: Culegere, p. 208, Secția I penală.
349. 170. Trib. Reg. Bacău, Dec. nr. 615/1964, cu notă de S. Petrovici. În: LP 1957, nr. 2, p. 188. În: JN, 1965, nr. 8, p. 51.
350. Trib. Suprem, Col. pen., Dec. nr. 2025 din 22 octombrie 1968. În: RRD, 1969, nr. 6, p. 171.
351. Trib. Suprem, Colegiu penal, Dec. nr. 326/1961, cu note de S. Ștefan și I. Pohonțu. În: LP 1962, nr. 1, p. 89.
352. Trib. Suprem, Secț. pen., Dec. nr. 105/1980. În: RRD, 1980, nr. 9, p. 63.
353. Trib. Suprem, Secț. pen., Dec. nr. 1246/1977. În: CD, 1976, p. 235.

354. Trib. Suprem, Secț. pen., Dec. nr. 370 din 18 martie 1989. În: RRD, 1989, nr. 9, p. 147.
 355. Trib. Suprem, Secț. pen. dec. nr. 1813/1983, în CD, 1983, p. 203.
 356. Trib. Suprem. Cod penal, Dec. nr. 1042/1965. În: CD, p. 326.
 357. Trib. Supreme, Dec. de îndrumare nr. 9/1972. În: RRD, 1973, nr. 5.
 358. Trib. Jud. Arad, Dec. penală nr. 381/1969. În: RRD, 1969, nr. 12, p. 181.
 359. Trib. Jud. Hunedoara, Dec. penală nr. 26 din 22 ianuarie 1979. În: RRD, 1979, nr. 7, p. 66.
 360. Trib. județean Brașov, Dec. penală nr. 2/1969. În: RRD 1969, nr. 3, p. 152.
 361. Trib. județean Suceava, Sent. pen. nr. 21 din 6 iulie 1968. În: RRD, 1969, nr. 4, 1969, p. 183.

Surse web:

362. <http://dexonline.ro/definitie/personalitate>
 363. <http://www.stiucum.com/drept/psihologie-judiciara/Profilul-personalitatii-infrac82465.php>
 364. <http://ro.wikipedia.org/wiki/Psihiatrie>
 365. <http://www.psihoterapiepsihanalitica.com/ppp.htm>
 366. <http://ru.scribd.com/doc/97344208/21/Personalitatea-infractorului>
 367. <http://dexonline.ro/definitie/psihologie>
 368. <http://www.e-psiho.ro/articole/definitia-psihiatrie>
 369. <http://legeaz.net/dictionar-juridic/psihiatrie-judiciara>
 370. http://mcernitanu.ulim.md/?page_id=32
 371. <http://ro.wikipedia.org/wiki/Nevroz%C4%8>
 372. <http://ru.scribd.com/doc/23708012/Expertiza-Medico-legala-Psihiatrica>
 373. <http://www.rasfoiesc.com/educatie/psihologie/Scopul-expertizei-medicolegale79.php>
 374. <http://www.umfiasi.ro/Rezidenti/suporturidecurs/Facultatea%20de%20Medicina/Medicin%20Legala%20-%20modul%20Medicina%20Legala/Expertiza%20medico-legala%20psihiatrica.pdf>
 375. http://www.referat.ro/referate/Expertiza_medico-legala_psihiatrica_c3538.html
 376. <http://www.timpul.md/articol/moldovenii-primul-loc-in-lume-la-consumul-de-alcool-20558.html>
 377. <http://www.crime.md/2013/03/26/crima-sub-influenta-alcoolului-un-barbat-si-a-omorat-sotia-in-batai/>
 378. <http://gardianul.md/?p=1802>
 379. <http://www.mai.gov.md/>
 380. http://www.referat.ro/referate/Expertiza_medico-legala_psihiatrica_c3538.html
 381. http://www.referat.ro/referate/Expertiza_medico-legala_psihiatrica_c3538.html
 382. <https://ro.warbletoncouncil.org/diferencias-entre-dsm-5-y-cie-10-6973>
 383. <https://ru.scribd.com/document/509136769/Referat-Executorial-7>
 384. <https://ru.scribd.com/document/369919675/Kupdf-com-carte-Psihiatrie-1>

ANEXE:

Anexa 1 - Acte procesuale relevante

ORDONANȚA cu privire la dispunerea expertizei psihiatrice-judiciare de staționare

mun. Chișinău

20 aprilie 2006

Ofițer de urmărire penală din cadrul Comisariatului de Poliție al sectorului Botanica, municipiul Chișinău, căpitan de poliție Ioana Oțel, cauza. 2006441218, începută în temeiul semnelor componente de infracțiune prevăzute în art. 197 din Codul penal,

CONSTAT:

În decurs de 15 zile, între 25 martie și 10 aprilie 2006, Vlașenco Sergiu a incendiat 3 case de locuit din satul Băcioi, mun. Chișinău, ce aparțin unor persoane fizice cu drept de proprietate, precum și 4 hambare din aceeași localitate. Ca urmare a incendiului sănătatea și viața locatarilor caselor incendiate au fost periclitate, fiindu-le cauzată și o pagubă materială considerabilă. Până la 13 aprilie făptașul nu era cunoscut.

La 13 aprilie 2006, în jurul orei 20 00, Vlașenco Sergiu și-a incendiat propria casă, în care se aflau soția Margareta, mama și 2 copii minori. Incendiul a fost depistat și stins de către locatarii caselor vecine Eremia Petru și Filip Victor. Fiind audiați în calitate de martori, ultimii au declarat că în seara de 13 aprilie 2006 lucrau în curte, în jurul orei 20.00 au văzut că vecinul lor Vlașenco Sergiu s-a apropiat cu un pachet de casa sa și, fără a intra înăuntru, s-a îndreptat spre anexa casei, a desfăcut pachetul ce semăna cu un teanc de hârtie, l-a așezat sub pragul ușii, i-a dat foc și a fugit. Martorii au sărit imediat gardul și au stins focul cu haina. Potrivit declarațiilor martorilor, Vlașenco Sergiu în ultimul timp avea un compartiment cam straniu și era închis în sine. Tocmai din această cauză îl și urmăreau când s-a apropiat de casa sa cu acel pachet.

Soția Margareta, mama, colegii de serviciu ai lui Vlașenco Sergiu, au declarat de asemenea, despre apariția în comportarea lui a unor lucruri stranii. Conform spuselor lor, el devenise oarecum izolat, tăcut, deși în general se comporta „normal”. Soția și mama au afirmat că, în ultimul timp el se întorcea de la serviciu mai târziu decât de obicei, iar serile pleca de acasă, spunând: „Merg la plimbare” Unde se ducea și ce făcea în timpul plimbării atunci el nu spunea.

Fiind reținut și audiat în calitate de ban uit, Vlașenco Sergiu și-a recunoscut vina în săvârșirea incendiilor indicate anterior, însă a refuzat categoric să explice cauza comportării sale, declarând că nu are dreptul de a vorbi despre aceasta, în cadrul audierii Vlașenco Sergiu a spus, că nu cunoaște nici una dintre persoanele locatari ale caselor incendiate, precum și persoanele cărora le aparțineau hambarele incendiate.

În cadrul urmăririi s-a constatat, de asemenea, că Vlașenco Sergiu nu a suferit anterior de boli psihice, nu se află în evidența medicului psihiatru și neurolog și nu s-a tratat de asemenea boli, nu face abuz de băuturi alcoolice.

Totuși, acțiunile săvârșite de Vlașenco Sergiu, comportarea lui zilnică, la serviciu (hamal la magazinul alimentară), precum și în timpul urmăririi prezintă temei de a pune la îndoială starea lui psihică normală.

Luând în considerație cele menționate și conducându-mă de prevederile art. 57, 142, 144, 146 și 152 din Codul de procedură penală,

DISPUN:

A efectua în prezenta cauză expertiza psihiatrică-judiciară de comisie. A pune în sarcina Instituției medico-sanitare publice Spitalul Clinic de Psihiatrie efectuarea expertizei.

A sesiza procurorul referitor la adresarea demersului către judecătorul de instrucție cu privire la autorizarea internării lui Vlașcenco Sergiu în instituția dată.

A solicita experților răspunsuri la următoarele întrebări:

suferea Vlașcenco Sergiu de vreo boală psihică în momentul săvârșirii incendiilor; dacă da, de care anume?

îl priva această boală psihică pe Vlașcenco Sergiu de capacitatea de a fi conștient de acțiunile sale în momentul săvârșirii incendiilor?

suferă Vlașcenco Sergiu de vreo boală psihică în prezent, dacă da, de care anume?

este oare boala psihică de care suferă Vlașcenco Sergiu temporară și din care cauză în timpul de față nu este conștient de acțiunile sale?

necesită Vlașcenco Sergiu tratament forțat?

A pune la dispoziția experților materialele cauzei penale nr. 2006441218. A asigura posibilitatea examinării în condiții de dispensare a învinutului Vlașcenco Sergiu.

A informa procurorul despre hotărârea adoptată.

Ofițer de urmărire penală
căpitan de poliție
Ioana Oțel

ORDONANȚĂ

Privind efectuarea expertizei psihologico-psihiatrice (staționar)

mun. Chișinău

„___” _____ 2010

Procuror în procuratura sect. Centru mun. Chișinău C.Moraru, examinând materialele cauzei penale nr. 2010011347,-

C O N S T A T:

La 11.08.2010, de către Procuratura sectorului Centru mun. Chișinău a fost pornită cauza penală nr. 2010011347, în baza art. art. 191 al.(2) lit. (c) și 361 al. (1) CP, pe faptul că la 17.07.2010, Nicolaenco Ludmila Ion, activând în calitate de poștar la Oficiul poștal nr.2028 mun. Chișinău, situat pe adresa mun. Chișinău str. Leh Hacinschi 2/4, fiind investită conform Fișei de post p.l.L, „Sarcinile de funcție”, cu distribuirea pensiilor și indemnizațiilor, urmărind scopul însușirii ilegale a bunurilor, primind pentru repartizare pensia în mărime de 920,69 lei a cet. Leontiev Achim Tudor, pentru luna iulie 2010, și fiind obligată conform obligațiilor de serviciu să o expedieze destinatarului a introdus prin contrafacere în Dispoziția de plată a pensiei nr. 156154, care este un document oficial, la rubrica

„primit/semnat”, semnătura cet. Leontiev Achim, după ce a ridicat mijloacele bănești în sumă de 920,69 lei. Ulterior în scopul camuflării acțiunilor sale criminale a prezentat Dispoziția sus menționată la Oficiul poștal ca fiind executată, în urma cărui fapt cet. Leontiev Achim i-a fost cauzată o pagubă materială considerabilă în sumă totală de 920,69 lei.

La 27.10.2010, Nicolaenco Ludmila a fost pusă sub învinuire în baza art. 191 al.(2) lit. c) și 361 al.(1) CP.

Ținând cont de faptul că în cadrul urmăririi penale au apărut îndoieli în privința capacității de percepere justă a împrejurărilor ce au importanță pentru cauza penală, a apărut necesitatea dispunerii expertizei psihologico-psihiatrice în privința învinuitei Nicolaenco Ludmila.

În baza celor expuse, conform prevederilor art. art. 52, 142, 143, 144, 255, CPP,

DISPUN:

Efectuarea expertizei psihologico-psihiatrice staționar în privința învinuitei Nicolaenco Ludmila Ion, a.n. 24.02.1958, locuitoare a mun. Chișinău str. Gheorghe Asachi 66/1 ap. 126, poruncind efectuarea ei experților Spitalului Clinic de Psihiatrie mun. Chișinău.

Spre soluționare experților a pune următoarele întrebări:

Suferă de careva boli psihice învinuita Nicolaenco Ludmila, dacă da, de cât timp și în ce măsură ?;

La dispoziția experților a pune:

Cauza penală nr. 2010011374 pe _____ file.

Procuror în procuratura sect. Centru mun. Chișinău C.Moraru

Ordonanța mi-a fost adusă la cunoștință la „___” _____ 2010.

Copia ordonanței am primit la „___” _____ 2010.

ORDONANȚA

cu privire la dispunerea expertizei psihiatrico-judiciare ambulatorie

mun.Chișinău

15 iunie 2006

Ofițer de urmărire penală din cadrul Comisariatului de Poliție al sectorului Rîșcani, mun. Chișinău, căpitan de poliție Victor Vidrașcu, examinând materialele cauzei penale nr. 2006441210, începută în baza semnelor componenței de infracțiune prevăzute în art. 187 din Codul penal,

CONSTAT:

La 10 mai 2006, în jurul orei 12.00, în str. Sălciei, nr. 42, mun. Chișinău, de la Hariton Maria în vârstă de 30 ani a fost sustrasă gentuța în care se aflau bani în sumă de 2 500 (două mii cinci sute) lei, bijuteriile care se aflau la ea în valoare totală de 6 500 (șase mii cinci sute) lei, precum și ceasul de mână de model „Tissot” în valoare de 4 200 (patru mii două sute) lei. Martori oculari ai infracțiunii au fost două persoane care se aflau în fața blocului de locuit din str. Sălciei, nr. 42, mun. Chișinău.

Victima a declarat că nu-și amintește deloc cum arăta făptuitorul, având în vedere faptul că a fost atacată din spate, iar după ce i s-au sustras lucrurile a fost aruncată la pământ. Din spusele unuia dintre martori, Brumam Ecaterina în vârstă de 10 ani, făptuitorul era un tânăr în vârstă de aproximativ 20 de ani, cu înălțimea de aproximativ 180 cm și purta un tricou alb.

Al doilea martor, Vasiliu Gabriela în vârstă de 75 ani, declară că făptuitorul avea vârsta de aproximativ 40 ani, fiind îmbrăcat într-o cămașă albastră.

În urma audierii martorilor au apărut îndoieli în privința capacității acestora de a percepe just împrejurările ce au importanță pentru cauza penală. Luând în considerație faptul că potrivit art. 143 CPP al RM în asemenea cazuri expertiza este obligatorie și conducându-mă de art. 57,142 și 144 din Codul de procedură penală,

DISPUN:

A efectua expertiza psihiatrică judiciară ambulatorie la Dispensarul Republican de Psihiatrie. A solicita experților răspunsuri la următoarele întrebări:

este în stare martorul Brumam Ecaterina să perceapă just împrejurările și nu suferă de vreo boală psihică? este în stare martorul Vasiliu Gabriela să perceapă just împrejurările și nu suferă de vreo boală psihică? dacă unul din martori suferă de vreo boală psihică, de care anume?

A pune la dispoziția experților materialele cauzei nr. 2006441210. A informa procurorul despre hotărârea adoptată.

**Ofițer de urmărire penală,
căpitan de poliție
Victor Vidrașcu**

**PROCURATURA
REPUBLICII MOLDOVA**
Procuratura sectorului
Centru municipiul
Chişinău



MD-2 001, mun. Chişinău bd.
Ştefan cel Mare 73 e-mail:
proc- Cce(algOV. md tel. 27-
44-17
nr. 28/ _____ la nr.
din

**ПРОКУРАТУРА
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА**
Прокуратура сектора Центру муниципия Кишинэу

MD-2001, мун. Кишинэу бул.
Штефан чел Маре 73
e-mail: proc-cce(algov. md
тел. 27-44-17

D-lui Ion Busuioc Preşedintele Judecătoriei sect.
Centru mun. Chişinău

DE MERS

cu privire la autorizarea internării învinuitei în instituția medicală pentru efectuarea expertizei psihologico-psihiatrice staționar

La 11.08.2010, de către Procuratura sectorului Centru mun. Chişinău a fost pornită cauza penală nr. 2010011347, în baza art. art. 191 al.(2) lit. (c) și 361 al. (1) CP, pe faptul că la 17.07.2010, Nicolaenco Ludmila Ion, activând în calitate de poștar la Oficiul poștal nr.2028 mun. Chişinău, situat pe adresa mun. Chişinău str. Leh Hacinschi 2/4, fiind investită conform Fișei de post p.l.L. „Sarcinile de funcție”, cu distribuirea pensiilor și indemnizațiilor, urmărind scopul însușirii ilegale a bunurilor, primind pentru repartizare pensia în mărime de 920,69 lei a cet. Leontiev Achim Tudor, pentru luna iulie 2010, și fiind obligată conform obligațiilor de serviciu să o expedieze destinatarului a introdus prin contrafacere în Dispoziția de plată a pensiei nr. 156154, care este un document oficial, la rubrica „primit/semnat”, semnătura cet. Leontiev Achim, după ce a ridicat mijloacele bănești în sumă de 920,69 lei. Ulterior în scopul camuflării acțiunilor sale criminale a prezentat Dispoziția sus menționată la Oficiul poștal ca fiind executată, în urma cărui fapt cet. Leontiev Achim i-a fost cauzată o pagubă materială considerabilă în sumă totală de 920,69 lei.

La 27.10.2010, Nicolaenco Ludmila a fost pusă sub învinuire în baza art. 191 al.(2) lit. c) și 361 al.(1) CP.

Ținând cont de faptul că în cadrul urmăririi penale au apărut îndoieli în privința capacității de percepere justă a împrejurărilor ce au importanță pentru cauza penală, a apărut necesitatea dispunerii expertizei psihologico-psihiatrice staționar în privința învinuitei Nicolaenco Ludmila.

În baza celor expuse, conform prevederilor art. art. 52, 142, 143, 144, 145, 152, 304, 305 CPP,

SOLICIT :

1. Autorizarea efectuării expertizei psihologico-psihiatrice staționar pe o durată de 10 zile, în privința învinuitei Nicolaenco Ludmila Ion, a.n. 24.02.1958, locuitoare a mun. Chişinău str. Gheorghe Asachi 66/1 ap. 126, poruncind efectuarea ei experților Spitalului Clinic de Psihiatrie mun. Chişinău, or. Codru, cu internarea ultimei în această instituție.

Procuror în procuratura
sect. Centru
mun. Chişinău

C.Moraru



ÎNCHEIERE

19 septembrie 2008 Judecătoria Centru, mun.Chișinău Instanța compusă din:

Președinte, judecător de instrucție Sergiu Crutco, grefier Victoria Comar cu participarea: procurorului Valeriu Sîrbu avocatului Lilia Prodan a examinat în ședința de judecată secretă demersul procurorului în procuratura sect. Centru, mun. Chișinău Valeriu Sîrbu privind autorizarea internării învinuitului Munteanu Alexei Pavel, a.n.01.09.1969, domiciliat în mun. Chișinău, str. Miorița 3/2, ap. 74, căsătorit, la întreținere 1 copil minor, fără antecedente penale, cetățean al R. Moldova în instituția medicală și efectuarea expertizei medico legale psihiatrice în staționar

a constatat:

Munteanu Alexei Pavel este învinuit, conform circumstanțelor expuse în ordonanța de punere sub învinuire din 18.09.2008, de săvârșirea infracțiunii prevăzute de art. 27,145 alin. (1) Cod penal.

Procurorul în procuratura sect. Centru, mun. Chișinău Valeriu Sîrbu a înaintat în instanța de judecată demersul privind autorizarea internării învinuitului Munteanu Alexei Pavel în instituția medicală ..., pentru efectuarea expertizei medico-legale psihiatrice în condiții de staționar.

În ședința de judecată procurorul a solicitat admiterea, iar bănuitul și apărătorul său s-au expus pentru respingerea demersului în cauză.

Audiind participanții la proces, studiind materialele prezentate, instanța de judecată găsește demersul întemeiat, urmând să-l

admită, deoarece, conform informației parvenite de la Spitalul Clinic de Psihiatrie din mun. Chișinău, este posibilă efectuarea expertizei medico-legale psihiatrice în privința lui Munteanu Alexei Pavel dotat staționar ...

Circumstanțele menționate impun internarea învinuitului Munteanu Alexei Pavel în instituția medicală psihiatrică nominalizată, expertizei medicolegale psihiatrice în condiții de staționar.

În baza celor expuse și conducându-se de art. 41, 152, 305, 490 Cod procedură penală, instanța de judecată,-

DISPUNE :

A admite demersul procurorului în procuratura sect. Centru, mun. Chișinău Valeriu Sîrbu și a autoriza internarea învinuitului Munteanu Alexei Pavel pe un termen de 30 zile în Spitalul ... staționar.

încheierea cu drept de recurs în Curtea de Apel Chișinău

Judecător de instrucție

Sergiu Crutco

**PROCURATURA
REPUBLICII MOLDOVA**

Procuratura sectorului Centru
municipiul Chişinău

MD-2 001, mun. Chişinău bd.

*Ştefan cel Mare 73 e-mail: [proc-
CCe@lgOV.nid](mailto:proc-CCe@lgOV.nid) tel. 27-44-17*

nr. 28/

la nr.

din



**ПРОКУРАТУРА
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА**

Прокуратура сектора
Чентру муниципия
Кишинэу

MD-2001, мун. Кишинэу бул.

*Штефан чел Маре 73 e-mail:
[proc- CCe@lgOV.md](mailto:proc-CCe@lgOV.md) тел. 27-*

44-17

Анехă: Scrisoarea de însoţire

D-lui Mihai Hotineanu

Director al Spitalului Clinic de Psihiatrie str.
Costiujeni 3, mun. Chişinău

Expediez în adresa Dvs., ordonanța cu privire la dispunerea efectuării expertizei psihologico-psihiatrice în privința învinuitei Nicolaenco Ludmila.

Anexă: Ordonanța pe 1 file. Cauza penală nr. 2010011347 pe_____

Procurorul sect. Centru N.Geru
mun. Chişinău

D-lui Mihai Hotineanu
Director al Spitalului Clinic de
Psihiatrie str.
Costiujeni 3, mun. Chişinău

Expediez în adresa Dvs., ordonanţa cu privire la dispunerea efectuării expertizei psihologico-
psihiatrice în privinţa învinuitei Nicolaenco Ludmila.

Anexă: Ordonanţa pe 1 file.
Cauza penală nr. 2010011347 pe file.

Procurorul sect. Centru mun. Chişinău

N. Geru

Anexă 1.2 Acordul informat al persoanei expertizate la examinarea medicală - Model

Acordul informat al persoanei expertizate la examinarea medicală Instituția medico- sanitară publică Spitalul Clinic de Psihiatrie, Serviciul de expertiză psihiatrico-legală

Eu, subsemnatul(a) _____ prin prezentul îmi exprim acordul (consimțământul) să fiu examinat /ă/ de către comisia de expertiza psihiatrică-legală, specialistul psiholog în cadrul IMSP SCP RM, caracterul și scopul examinărilor mi-au fost explicate.

Am înțeles tot ce mi-a explicat medicul și am primit răspuns la toate întrebările mele. Benevol îmi exprim consimțământul conștient pentru efectuarea procedurilor descrise. Concomitent îmi asum responsabilitatea pentru orice încălcare a regulilor de comportament și neîndeplinirea recomandărilor primite.

Data _____ Semnătura persoanei expertizate _____
(reprezentantului legal, familia, numele) _____

Confirm că eu (psihiatru expert judiciar) _____ am explicat părții vătămate, martorului caracterul, scopul examinării.

Data _____ Semnătura psihiatrului expert _____

Spitalul Republican de Psihiatrie

16 ianuarie 2010 mun. Chișinău

**Procurorul procuraturii
Sect. Rîșcani Stanila
Ecaterina jurist
de rangul I**

Cetățeanul Guțuleac Denis, anul nașterii 12 octombrie 1977, domiciliat în mun. Chișinău str. Kiev 118, ap. 34, nu se află la evidență psihiatrică.

Medic-șef

Constantin Țurcanu

RAPORT DE EXPERTIZĂ

nr. _____

pe dosarul penal nr. _____

„_____” _____ 201 (locul emiterii)

Expertiză psihologică judiciară ambulatorie conform Ordonanței emise de către

(denumirea organului de urmărire penală; numele prenumele ofițerului) Expertiză psihologică judiciară ambulatorie s-a efectuat de către _____

(denumirea centrului de expertize care a efectuat expertiza) Se pune

la soluționarea experților următoarea întrebare:

S-a aflat oare X.Y. în stare de afect survenită în mod subit, în momentul comiterii faptei incriminate?

CERCETĂRI:

Analiza dosarului penal nr. _____, datele relatate de către persoana expertizată stabilesc următoarele particularități ale evenimentului importante pentru hotărârea judiciară și ale personalității lui X.Y.

Pe data de 18.10.2008, în jurul orei 20:00, aflându-se în _____, fiind în stare de ebrietate alcoolică, din motive personal-ostile, în cadrul unei cești apărute în mod subit între X.Y. și M.N., i-a aplicat ultimului multiple lovituri cu pumnii și două lovituri cu un obiect dur din metal, de formă alungită, în regiunea capului, în rezultatul căreia i-a cauzat acestuia leziuni corporale grave periculoase pentru viață sub formă de traumă cranio-cerebrală închisă cu fractura oaselor bolții și bazei craniului, cu hematom intracerebral în lobul frontal drept, hemoragii subarahnoidiene și în țesuturile moi pericraniene, vătămări a integrității corporale, care ulterior, la data de 20.10.2008 au cauzat decesul victimei M.N.

În conformitate cu probele conținute în dosar se indică un șir de particularități ale personalității inculpatului X.Y., ale comportamentului lui în perioada de până la comiterea infracțiunii, în timpul și după aceasta.

OBIECTIVE:

Expertizatul X.Y. este de statură mijlocie, nutriție satisfăcătoare. În mod consecutiv desfășoară datele anamnestice. S-a născut al treilea din cei patru copii. Școlarizat la vârsta de 7 ani. La caracter se consideră liniștit, comunicativ. După trauma cranio-cerebrală la vârsta de 15 ani, a devenit nervos, exploziv. A absolvit 8 clase, după care s-a angajat în colhoz. În anii 1977-1979 a făcut serviciul militar. În anul 1979 a fost condamnat pe art. 121 alin. (2), art. 124 alin. (1) CP, la 6 ani privațiune de libertate. În anul 1980 a căzut, s-a lovit cu capul de o piatră, fără pierderea cunoștinței. În anul 1984 s-a căsătorit, are 2 copii. Relațiile cu soția sunt satisfăcătoare. În anul 2000 a decedat fiul lui de 18 ani, el cu soția au rețrăit foarte mult. După decesul fiului au apărut amețeli, tremur, uneori cădea jos fără cunoștință, iar soția sa a suportat ictus cerebral. Mulți ani a lucrat ca tractorist.

La locul de trai se caracterizează negativ, face abuz de băuturi alcoolice, relațiile cu cetățenii sunt negative (f.d. 60) sau pozitive (f.d. 123).

Din relatările expertizatului, în ziua când a avut loc evenimentul ce constituie obiectul cercetării, la 18.10.2008 inculpatul X.Y., nu a planificat de a aplica lovituri lui M.N. El a lucrat toată ziua de la 09:00 cu încă trei persoane (B.T., M.A. și T.C.), au tăiat lemne le-au transportat într-o localitate vecină. În jurul orei 20:30 el s-a pornit la un vecin, care îi era dator cu o sumă de bani. Pe drum la văzut pe M.N., care avea o datorie față de el de 1000 lei, și l-a întrebat când acesta îi va întoarce datoria. Cearta începe după răspunsul lui M.N. că nu-i va întoarce datoria niciodată. Atunci, X.Y. l-a lovit când respectivul a dorit să-i aplice o lovitură, l-a lovit cu pumnul în regiunea capului. M.N. s-a apropiat de automobilul lui și a scos din portbagaj un obiect cu lungime de 40 cm cu care a încercat să-l lovească pe X.Y. În același timp, X.Y. l-a lovit pe M.N. încă o dată cu pumnul în burtă, apoi aluat din mână obiectul, și cu putere a l-a

lovit pe M.N. după cap cu obiectul dat. De la lovitură M.N. a căzut jos, X.Y. l-a ridicat și i-a mai aplicat o lovitură, după care a aruncat obiectul în direcția drumului central și a plecat la M.A. cu care a servit două pahare cu vin.

Din raportul de expertiză psihiatrică legală, el prezintă dereglări-tulburare organică de personalitate. Probele psihologice le rezolvă, le ține în memorie, le corectează unde sunt comise greșeli, semne de epuizare și surmenare nu se observă. Acuza nu prezintă, dispoziția stabilă, vina sa a recunoscut-o parțial.

Memoria și atenția este păstrată, intelectul corespunde studiilor, posedă capacitate de a înțelege conținuturile. Gândirea este consecutivă, operațional logică. La investigarea operațiilor de gândire (compărea noțiunilor și excluderea lor, analogii simple și compuse) se determină nivelul de generalizare, care este suficient, găsește legături logice între noțiuni.

În cadrul investigației personalității prin probele Autoaprecierea, Rozențveig, TAT-Murrei, depistează competență ce ține de regulile în societate, orientare în situații practice. Expertizatul dispune de înclinații de a cumula retrăirile negative.

Se determină:

accentuări de tip psihopatie, caracteristice unei stări nevrotice marcate de sensibilitate înaltă, intoleranță față de factorii frustranți;

frustrare profundă și traumatizare de situațiile dificile, frustrarea îi provoacă comportamente extrapunitive, reacții agresive care se supun dificil controlului volitiv;

- evenimente negative de viață pot condiționa o stare de tensiune internă și iritare, care duc la suportarea unor emoții puternice;

adaptare cu dificultăți, instabilitate neuro-organică în situații de stres, cu posibila pierdere a capacității de conștientizare adecvată a situației, a propriilor acțiuni și de pronosticare a rezultatelor acesteia.

Calitățile de personalitate ale inculpatului X.Y., analiza datelor care denotă starea de până la, în momentul și după comiterea infracțiunii, a circumstanțelor cauzei, denotă pierderea epizodică al controlului asupra situației, îngustarea ușoară a conștiinței, simptome expresive de furie, intenția impulsivă de a înlătura focarul frustrant.

CONCLUZII:

În baza datelor expuse mai sus, se poate răspunde la întrebarea pusă: **dezechilibrul emoțional în comportamentul inculpatului**

X.Y. care a avut loc la 18.10.2008 este o reacție afectivă ce nu a atins nivelul afectului fiziologic, la care se determină incapacitatea de conștientizare a evenimentelor, emotivitate puternică, voință slăbită și imposibilitate de înțelegere și tratare adecvată a comportamentului propriu și a posibilelor consecințe ale acțiunilor sale. Despre aceasta ne mărturisește includerea deplină și exactitatea reproducerii evenimentelor după săvârșirea crimei. S-au remarcat numai semne inexpressive de extenuare emoțională și fizică, ce a condiționat servirea alcoolului pentru a se relaxa.

Psiholog expert judiciar _____

Psiholog consultant _____

**Anexă 1.4. Raport de expertiză medico-legală psihiatrică Ministerul Sănătății al
Republicii Moldova**

Instituția...

Nr. _____ din 2008

**Către, RM, Procuratura r-lui Ștefan Vodă, Procuror-
interimar, D-lui I. Ciur Vă expediez dosar penal nr.
2008340032 și raport de expertiza
psihiatrică legală staționară pe numele
Vivtonenco Valentina Nichifor,
expus pe 3 pag.
Medic șef adjunct IMSP SCP RM
*Dr. I. Catrinici***

BIROUL REPUBLICAN DE EXPERTIZĂ PSIHIATRICĂ LEGALĂ

Raport nr. 40 sn -2008

de expertiză psihiatrică legală staționară Persoana expertizată: *Vivtonenco Valentina Nichifor* anul nașterii 1956, bănuită pentru comiterea infracțiunii, prevăzute de art. 152 al.2 lit. "c" a CP RM.

Expertiza psihiatrică legală staționară a fost efectuată de comisia de psihiatri experți în următoarea componență:

Președinte: psihiatru, expert judiciar de categorie superioară, stagiul - 35 ani,

Dr. I. Catrinici. Psihiatru, expert judiciar de categorie întâia, stagiul-8 ani,

Dr. E. Mardari. Raportor,

Dr. L. Boronin.

În baza ordonanței de numirea expertizei psihiatrice legale staționare al procurorului-interimar în Procuratura r-lui Ștefan Vodă, D-lui I. Ciur din 20.02.2008 Despre responsabilitate pentru refuz nemotivat sau elaborarea concluziei premeditat greșite, experții sunt avertizați conform art.312 CP RM. Raportul este expus pe: 3 pag. Expertiza a fost efectuată la: 5.03.2008

Studiind materialele dosarului penal, datele din documentația medicală prezentată și cele relatate din cuvintele persoanei expertizată s-a stabilit, că ereditatea agravată cu maladii psihice - un frate suferă de schizofrenie, se află la internatul pentru bolnavi psihici cronici. Provine dintr-o familie de țărani, fiind prima din cei 7 copii. Dezvoltarea precoce a decurs fără particularități. Școlărită la termen, manifesta capacități intelectuale la un nivel mediu. A absolvit 9 clase fără repeticiență și colegiul zootehnic. Până în anul 1990 a lucrat după specialitate. A fost căsătorită 2 ori, are 3 copii, în prezent divorțată. Pe parcursul vieții a suportat traume cranio-cerebrale repetate. Starea psihică s-a schimbat pentru prima dată în anii 1978-1979, când expunea idei delirante de relații, se comporta neadecvat, nu dormea nopțile. A fost spitalizată în spitalul de psihiatrie din or. Tomsc, Rusia. În IMSP SCP RM figurează din noiembrie 2006 când a fost internată în stare de agitație catatonică, era logoreică, impulsivă, expunea idei delirante de relații, se comporta neadecvat. S-a externat în decembrie 2006 cu dg: „Schizofrenie paranoidă, evoluție progredientă în accese. Sindromul catatonico-paranoid”. În perioada ce a urmat figurează cu spitalizări repetate în IMSP SCP în legătură cu acutizări ale maladii psihice cronice în perioade 19.12.2006-30.01.2006, 29.06.2007-27.07.2007 /fișele medicale staționare de arhivă/. Se află la evidența psihiatrică, a fost recunoscută invalid de gradul II fără termen, însă tratamentul de susținere primea neregulat, consuma băuturi alcoolice, provoca conflicte la domiciliu /datele din referința prezentată în dosar penal/. Reieșind din materialele dosarului penal s-a stabilit, că la 11.01.2008, în timp ce se afla în ospete la mama sa Gaidev Hristina, a.n. 1928, locuitor sat. Ștefănești, r-1 Ștefan Vodă, în stare de beție avansată, expertizată fără nici un motiv ... , pricinuindu-i ultimei leziuni corporale medii sub forma de trauma cranio-cerebrală închisă, contuzia encefalului, hematoma în jurul ochiului stâng, contuzia țesuturilor moi ale pieptului, antebrăului și gambelor, fractura închisă inter-articulară a condilului tibial intern /Raport de examinarea medico-legală nr. 6/D din 4.02.2008, f. dos. pen./. Fiind audiată victima a declarat că fiica a venit în ospete, timp de 2 săptămâni când a stat la dânsa întrebuințând băuturi spirtoase, făcea scandaluri,...la 11.01.2008 seara s-a întors acasă în stare de ebrietate, a cerut de la mine bani pentru ași procura țigări, i-am răspuns că n-am bani, atunci ea m-a bătut tare..." ... La examenul clinic prezent s-a stabilit, că persoana expertizată este de statură medie, constituție normostenică. Patologie obiectivă a organelor interne nu depistează. Prezintă semne neurologice fără semnificație de localizare. Investigații instrumentale și de laborator - fără abateri semnificative. *La examenul psihic* prezent expertizată este în conștiință clară, orientată auto- și allopsihic, dispoziție puțin diminuată, însă nu este îngrijorată de situație de anchetă, fonul emoțional instabil, plânge că a fost internată în spital. Răspunde la întrebările puse monoton, cu glas stins, după o pauză. Declară că anterior a fost internată în spitalul de psihiatrie deoarece avea cefalee, amețeli, nu dormea nopțile. Contactul verbal puțin accesibil, nu se interesează pe tema discuției, se bate de la alta temă, răspunde formal. Gândirea paralogică, incoerentă. Ideile delirante activ nu expune, însă învinuiește mama sa că ea „s-a întors cu spate”, vorbește rău despre ea „deoarece unul copil iubește dar altul nu-l primește”. Categorie neagă comportamentul neadecvat acasă, consumul abuziv de băuturi spirtoase „câteodată beau o sticlă de bere”, ... „**Schizofrenie, forma nediferențiată. Defect de tip psihopatiform. Decompensare**”, fapt care este confirmat prin datele anamnestice despre ereditatea agravată cu maladii psihice, debutul insidios al maladii psihice în anii 1978-1979, manifestată prin comportament neadecvat, bizar, idei delirante de relații, ce a condiționat spitalizarea ei în SP din or. Tomsc, Rusia, despre evoluție progredientă a maladii psihice cu retrări delirante, agitație catatonică, ce a condiționat spitalizări în SCP pe parcursul anilor 2006-2007, aprecierea gradului de invaliditate, despre instalarea în starea psihică a expertizatei a unui defect schizofren cu retragere socială, aplatizare și sărăcirea vieții afective, îngustarea arcului de interese, deminarea pulsionilor, deteriorarea marcată a comportamentului social și habitual, dezadaptarea profesională și socială, lipsa criticii față de starea sănătății sale. Reieșind din analiza fenomenologiei comportamentale din timpul derulării evenimentelor cu conținut infracțional (11.01.2008), ea prezenta stare de defect schizofren, deteriorarea marcată a personalității, care îi priva de capacitatea de prevedere și deliberare a acțiunilor sale, a acționat fără discernământ, deci *Vivtonenco Valentina Nichifor* urmează să fie recunoscută IRESPONSABILĂ de fapta ce i se impută. În prezent numita necesită aplicarea măsurilor de siguranță cu caracter medical, în sensul de a fi îndreptată la tratament prin constrângere în spital de psihiatrie cu supraveghere obișnuită.

Președintele comisiei:

psihiatru, expert judiciar de categorie superioară, Stagiul - 35 ani:

I. Catrinici

psihiatru, expert judiciar de categorie întâia, Stagiul - 8 ani:

E. Mardari

raportor, medic-psihiatru:

L. Boronin

Anexă 1.5. Interviu cu medicul psihiatru, șeful secției de expertiză medico-legală ambulatorie al Spitalului Clinic Republican de Psihiatrie, expert judiciar

Dle doctor, după părerea dtră, există o legătură directă sau indirectă între bolile psihice și comportamentul infracțional? Bolile psihice, în raport cu alți factori care influențează comportamentul infracțional nu se situează printre ultimele locuri, ba chiar aș ține să menționez că se află printre primele locuri. Acestea nu determină în mod direct comportamentul infracțional, însă hiperbolizează tendințele patologice și determină într-o mare măsură săvârșirea infracțiunilor, delictelor și în general al comportamentului asocial.

Cum și în ce măsură influențează bolile psihice comportamentul infracțional? Care este probabilitatea, că un bolnav psihic va deveni infractor? Precum am menționat, bolile psihice influențează în mare măsură comportamentul delincent, însă nu putem vorbi până când despre anumite cifre concrete referitor la faptul probabilității că un bolnav psihic să devină infractor. Totuși, statistica arată că 70% din toate persoanele cu comportament infracțional se definesc ca delinvenți cu tulburări psihice, care nu exclud responsabilitatea și doar un procentaj mic le revine acelor infractori bolnavi psihici care sunt declarați iresponsabili. Totodată, mai pot menționa că din totalul de infracțiuni comise de minorii cu tulburări psihice, *Vi* sunt infracțiuni grave și excepțional de grave, fapt care este alarmant.

Care sunt bolile psihice care determină cel mai des comportamentul infracțional? Psihopatiile sunt bolile cu cel mai mare potențial infracțional, deoarece psihopatul este o persoană asocială, impulsivă și explozivă din punct de vedere emoțional. Psihopații nu sunt predispuși spre corectare, deoarece statistica arată că în cazul lor recidiva este de aproximativ 100 %.

Ce infracțiuni sunt caracteristice persoanelor care suferă de tulburări psihice? Deoarece aceste persoane, cel mai des, au dispreț față de regulile de conduită normală, resping toate regulile sociale, adesea ele comit acte de huliganism, vătămări corporale, furturi. Infracțiunea de omor nu este caracteristică infractorilor cu deficiențe psihice, dar nu este exclusă. Printre ei sunt cei mai mulți narcomani și alcoolici, care pentru a se asigura cu substanțe psihotrope sau băuturi spirtoase comit diferite infracțiuni contra patrimoniului.

Care sunt anomaliile psihice sub influența cărora este cel mai puțin probabil că persoana va comite o infracțiune? Psihastenia este tulburarea psihică cea mai puțin criminogenă, deoarece persoanele care suferă de această boală nu sunt convingși în acțiunile lor și au îndoieli patologice referitor la tot ceea ce fac.

Care boli psihice exclud persoana de răspundere penală, aceasta fiind declarată iresponsabilă? Aici nu se poate vorbi despre anumite boli care exclud persoana de răspundere penală și despre altele care nu o exclud, fiindcă pentru a declara o persoană iresponsabilă nu contează atât boala de care suferă, ci etapa și evoluția bolii și cum acest fapt a influențat discernământul persoanei respective la momentul săvârșirii infracțiunii și ulterior. Acest lucru se vede de la caz la caz.

Din practica dtră, cel mai des, persoanele care au comis o infracțiune și suferă de o tulburare psihică își recunosc fapta? Țin minte ce au comis? Realizează faptul că suferă de o boală psihică? Persoanele declarate iresponsabile, cel mai des, nu sesizează nici boala sa, nici conținutul infracțional al faptei, însă până la sfârșitul tratamentului prin constrângere acestea trebuie să realizeze aceste lucruri, deoarece unul dintre cei mai importanți factori care stă la baza sfârșitului tratamentului este atitudinea critică a infractorului față de boală și față de faptă.

Conform practicii dtră, după ce persoana bolnavă psihic care a săvârșit o infracțiune și prin hotărâre de judecată a urmat tratamentul prin constrângere, care este probabilitatea că va comite o nouă infracțiune? Recidiva la persoanele bolnave psihic care au comis o infracțiune nu este comparativ mai mare decât la infractorul de ordin comun, deoarece acestor persoane li se aplică tratamentul prin constrângere și aceștia nu sunt externăți până când nu mai prezintă pericol social. Dar totul depinde de mediul în care aceste persoane nimeresc după externare. Dacă se vor afla într-un mediu favorabil, în familie, atunci probabilitatea de recidiva este mică, însă dacă mediul va fi asocial, atunci probabilitatea recidivei este foarte mare. Cum am menționat mai sus, recidiva psihopaților fiind de aproape 100%, aceștia cel mai probabil că vor comite noi infracțiuni, fiindcă în locurile de detenție sau în timpul tratamentului aceștia se fac mai răi decât au venit și aceste locuri pentru ei sunt ca o școală criminală.

Ce puteți spune despre simularea bolii psihice de către persoanele care au săvârșit o infracțiune? Adesea acestea recurg la asemenea metode pentru a se scuti de răspundere penală? Psihopații sunt aceia care cel mai des tind să simuleze sau să agraveze boala psihică pentru a se scuti de răspundere penală. 99,9% dintre persoanele îndreptate la tratament prin constrângere într-adevăr suferă de o boală psihică care exclude responsabilitatea, însă sunt persoane care simulează atât de bine tulburarea psihică, încât suntem nevoiți să-i trimitem la tratament prin constrângere pe un termen de jumătate de an, timp în care acestora li se efectuează o serie de teste, însă aceștia fiind plasați în aceleași palate cu bolnavii psihici iresponsabili, care au săvârșit infracțiuni grave și excepțional de grave, foarte repede renunță să mai simuleze boala psihică.

Boala psihică are vârstă și/sau sex? Aproximativ la ce vârstă se declanșează o boală psihică și când aceasta își atinge apogeul determinând persoana să comită o infracțiune? Care boli psihice sunt caracteristice mai mult bărbaților și care mai mult femeilor? Nu pot să mă expun echivoc că boala psihică are vârstă sau sex, fiindcă de aceste tulburări suferă în egală măsură și femeile, și bărbații, și copiii, și tinerii, și bătrânii, dar totuși pot menționa că de obicei debutul bolii psihice are loc în adolescență sau tinerețe, însă acest lucru nu determină neapărat faptul că persoana va comite o infracțiune. Ceea ce ține de clasificarea pe sexe, putem vorbi despre faptul că pentru bărbați mai caracteristic sunt epilepsia, schizofrenia paranoidă, iar pentru femei - psihozele depresive.

Din practica dtră, care este cea mai odioasă infracțiune pe care v-o amintiți săvârșită de către un bolnav psihic? Cea mai odioasă infracțiune săvârșită de către un bolnav psihic a fost săvârșită în anul 1993, de către un schizofrenic, care a omorât cu o deosebită cruzime cu un topor patru persoane din familia sa: soția, mama și doi copii minori ai săi.

Anexă 1.6. Ordonanță privind trimiterea cauzei în instanța judecată în vederea aplicării măsurilor de constrângere cu caracter medical

ORDONANȚA

**privind trimiterea cauzei în instanța de judecată în vederea aplicării măsurilor de constrângere cu caracter medical
COORDONAT**

**Procuror al sect. Rîșcani mun. Chișinău
jurist de rangul I *semnătura*
Mutruc Pavel 2 noiembrie
2006**

mun. Chișinău

1 noiembrie 2006

Procuror în Procuratura sectorului Rîșcani, municipiul Chișinău, jurist de rangul II Pintilie Trifan, examinând materialele cauzei penale nr. 2006680045,

A CONSTATAT:

Urmărirea penală pe prezenta cauză a fost începută la data de 10 iulie 2006 de Procuratura sect. Rîșcani, mun. Chișinău, în baza art. 145 alin. (2) lit. a) și b) din Codul penal, pe faptul depistării la data de 10 iulie 2006, aproximativ la ora 21:00, în casa nr. 19 din str. Drumul Viilor, mun. Chișinău, a cadavrului lui Vulpe Stan cu semne de moarte violentă.27 /fd.

În cadrul urmăririi penale a fost stabilit că la data de 10 iulie 2006, aproximativ la ora 21:00, Ochișor Macarie, aflându-se pe str. Drumul Viilor, nr. 19, mun. Chișinău, fiind de mai mult timp în relații de ostilitate cu Vulpe Stan care era proprietar al unei părți din casa dată, din cauza că ultimul nu dorea să se scoată din evidență și să-i cedeze partea din imobil, urmărind scopul de a-l lipsi de viață, a intrat în odaie la Vulpe Stan și a efectuat două împușcături din pistolul său personal de model „Baical”, una dintre care s-a dovedit a fi mortală pentru victimă.

Astfel, prin acțiunile sale intenționate, Ochișor Macarie a săvârșit omor cu premeditare, din interes material, adică a săvârșit infracțiunea prevăzută în art. 145 alin. (2) lit. a) și b) din Codul penal.

Vinovăția lui Ochișor Macarie în săvârșirea infracțiunii vizate este dovedită pe deplin și se probează prin următoarele: Procesul-verbal de cercetare la fața locului, din 10 iulie 2006;21 /f.d.

- Declarațiile martorului Ifrim Roman, din 11 iulie 2006; 101/f.d.
- Declarațiile martorului Cazacii Ruslan, din 11 iulie 2006; 105/f.d.
- Declarațiile martorului Leurdă Eugeniu, din 11 iulie 2006; 107/f.d.
- Declarațiile martorului Munteanu Savelii, din 11 iulie 2006;109/f.d.
- Declarațiile martorului Trifan Stanislav din 11 iulie 2006; 114/f.d.
- Declarațiile martorului Olaru Nicolae din 11 iulie 2006; 120/f.d.
- Raportul de expertiză medico-legală, nr. 2145 din 11 iulie 2006;197/f.d.
- Declarațiile reprezentantului legal al părții vătămate, Rotarii Svetlana, din 2 august 2006; 201/f.d.
- Declarațiile martorului Amariei Mitrofan din 16 august 2006; 124/f.d. '
- Declarațiile martorului Dimitriu Măria, din 16 august 2006; 130/f.d. ' și alte materiale ale cauzei penale.

....

Pornind de la cele expuse, studiind materialele cauzei penale, din probele acumulate rezultă că Ochișor Macarie a săvârșit fapta prejudiciabilă în stare de iresponsabilitate, adică nu-și dădea seama și nici nu putea să-și dirijeze acțiunile, din care motiv în privința ultimului este necesară aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical.

Conducându-mă de prevederile art. 52,255 și 495 din CPP al RM și art. 23,99 și 100 sin Codul penal,

DISPUN:

1. A expedia cauza nr. 2006680045 în instanța de judecată pentru soluționarea chestiunii privind aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical în privința lui Ochișor Macarie, născut la 23 februarie 1960, originar din or. Cahul, Republica Moldova, cetățean al R. Moldova, căsătorit, studii medii speciale, încadrat în câmpul muncii, fără antecedente penale, domiciliat în mun. Chișinău, str. Drumul Viilor, nr. 19.

A informa persoanele interesate despre hotărârea adoptată.

**Procuror în Procuratura sect. Rîșcani,
jurist de rangul II**

semnătura

Pintilie Trifan

Anexă 1.7. Ordonanță de încetare a urmăririi penale în privința minorului

COORDONAT
Procuror al sect. Centru mun. Chișinău
jurist de rangul I
Frunză Andrei
30 noiembrie 2006

semnătura

ORDONANȚĂ de încetare a urmăririi penale în privința minorului

mun. Chișinău

30 noiembrie 2006

Procuror în Procuratura sectorului Centru, municipiul Chișinău, jurist de rangul III Sergiu Vârtosu, examinând materialele cauzei penale nr. 2006335568,

CONSTAT:

Prezenta cauză penală a fost începută de către Secția de urmărire penală din cadrul Comisariatului de Poliție al sect. Centru, mun. Chișinău, la 19 noiembrie 2006, în temeiul art. 186 alin. (2) lit. a), b), c) și d) din Codul penal.

La prezenta cauză a fost conexată cauza penală nr. 2004011643, începută la 6 decembrie 2004 în baza art. 27-186 lit. a) b) c) d) Cod penal.

La 17 noiembrie 2006, în jurul orei 23.15 minorii Safonov Chiril, Lutiș Ulian, Gurduza Viorel (în vârstă de 13 ani) și Mutu Boris (în vârstă de 13 ani, 9 luni), împărțind între ei rolurile, au hotărât să sustragă bunurile din centrul comercial amplasat pe str. Cireșilor nr. 65, mun. Chișinău, proprietate a SRL „Dan”.

În scopul realizării intenției infracționale, Safonov Chiril împreună cu Lutiș Ulian au forțat prima ușă de la intrare și au deschis-o, apoi Gurduza Viorel a ținut deschisă prima ușă, iar Safonov Chiril cu o piatră a spart sticla la a doua ușă a magazinului, între timp Mutu Boris urmărea să nu se apropie cineva. La scurt timp, Mutu Boris sperându-se a plecat acasă, iar Safonov Chiril, împreună cu Lutiș Ulian au pătruns în magazin, sustrăgând 450 lei din casa magazinului, două sticle de coniac marca „Belii Aist” în sumă de 130 lei, țigări de mărcile „Parlament” 10 pachete în valoare de 100 lei, „Red&White” 40 pachete— 160 lei, „Davidoff” 10 pachete— 155 lei, „Lucky Stnke” 20 pachete - 150 lei, „Hilton” 10 pachete — 40 lei, „Kent” 10 — 120 lei; ciocolate „Snichers” 10 buc. în sumă de 75 lei, „Bounty” 17 buc. — 85 lei, gume de mestecat 59 buc — 224, 20 lei, gume „Kondo” 10 buc - 37 lei; bomboane „Tiuns” 72 buc. — 72 lei, în sumă totală de 1 618 lei, pe care le-au pus în geantă și au fugit de la fața locului.

Prin acțiunile sale Safonov Chiril și Lutiș Ulian au săvârșit sustragerea pe ascuns a bunurilor altei persoane, săvârșit repetat, de două sau mai multe persoane, prin pătrundere în locul de depozitare, cu cauzarea unei daune în proporții considerabile, adică infracțiunea prevăzută în art. 186 alin. (2) lit. a), b), c), și d) din Codul penal.

Tot la 17 noiembrie 2006, în jurul orei 23.55, văzând că serviciul de pază de la punctul centralizat nu se apropie la fața locului și crezând că magazinul nu are semnalizare, au hotărât să sustragă pe ascuns alte bunuri din același centrul comercial amplasat pe str. Cireșilor nr. 65, mun. Chișinău. În scopul realizării intenției infracționale, Safonov Chiril, în înțelegere prealabilă cu Gurduza Viorel (în vârstă de 13 ani), au pătruns în magazin, iar Mutu Boris, care între timp s-a întors (în vârstă de 14 ani) stătea de pândă, într-o geantă și o sacoșă din polietilenă au pus: bomboane în sumă de 15 lei „Tuns” 4 buc. - suma 34 lei, „Tuns” 4 buc.— 14,8 lei, gume de mestecat „Orbit” 89 buc. - 338 lei 70 bani, țigări de mărcile „Parlament” 25 pachete - 425,50 lei, „Marlboro” 20 pachete 200 lei, „LM” 3 pachete - 18 lei, „Winston” 2 pachete - 13 lei, „Davidoff” 7 pachete 108 lei, „Cartier” 14 pachete - 196 lei, „Kent”

20 pachete - 240 lei, „Royal” 10 pachete 45 lei, „Carelia” 10 pachete - 120 lei, „West” 10 pachete - 60 lei, ciocolate „Korona” 16 lei, „Mars” 6 buc. —30 lei, „Bounty” 3 buc. - 15 lei, „MilkyWay” 10 buc.45 lei, „Zula” 5 buc. 30 lei, bomboane „Fruttela” 4 buc. - 10 lei, în sumă totală de 2 247 lei 50 bani.

În momentul când ei vroiau să fugă de la fața locului, au fost reținuți de colaboratorii agenției de securitate „Vifor”.

Prin acțiunile sale Safonov Chiril a săvârșit acțiuni intenționate îndreptate spre sustragerea pe ascuns a bunurilor din magazinul SRL „Dan” însă intenția sa n-a fost dusă până la capăt din cauze independente de voința lui, deoarece a fost reținut în flagrant delict de colaboratorii serviciului de pază „Vifor” în interiorul magazinului cu bunurile pregătite pentru a fi sustrase, adică infracțiunea prevăzută în art. 27-186 alin. (2) lit. a), c) și d) din Codul penal, cu indicii calificativi: tentativa la sustragerea pe ascuns a bunurilor altei persoane cu prin pătrundere în locul de depozitare și cauzarea unei daune în proporții considerabile.

Pe parcursul urmăririi penale în cauză, la audierea minorilor Gurduza Viorel și Mutu Boris s-a stabilit că Gurduza Viorel are vârsta de 13 ani neîmpliniți, iar Mutu Boris nu are încă Mani. Declarații similare au făcut și reprezentanții lor legali, fiind prezentate adevărurile lor de naștere prin care s-a stabilit cu certitudine acest fapt.

Luând în considerație că minorii Gurduza Viorel, născut la 26 decembrie 1993 și Mutu Boris născut la 16 februarie 1993, la momentul săvârșirii infracțiunii (17 noiembrie 2006) aveau 13 ani fiecare, însă pentru incriminarea componenței de infracțiune prevăzută în art. 186 din Codul penal, subiectul infracțiunii trebuie să atingă vârsta de Mani, consider necesar încetarea urmăririi penale în privința minorilor menționați.

În baza celor expuse și conducându-mă de prevederile art. 52, 285 alin. (1) pct. 3) din Codul de procedură penală,

DISPUN:

încetarea urmăririi penale în privința minorilor Gurduza Viorel, născut la 26 decembrie 1993, și Mutu Boris, născut la 16 februarie 1993 din lipsa, în acțiunile lor a componenței de infracțiune.

2 Remiterea ordonanței de încetare a urmăririi penale în privința minorilor Gurduza Viorel, născut la 26 decembrie 1993, și Mutu Bons, născut la 16 februarie 1993, Inspecției pentru problemele minorilor a Comisariatului de Poliție al sectorului Centru, mun. Chișinău.

Procuror în Procuratura sect. Centru, .
jurist de rangul III

semnătura Sergiu Vârtos

Anexă 1.8. Ordonanță cu privire la dispunerea expertizei medico-judiciare de stabilire a vârstei

ORDONANȚA cu privire la dispunerea expertizei medico-judiciare de stabilire a vârstei

mun. Chișinău

7 iunie 2006

Ofițer de urmărire penală din cadrul Comisariatului de Poliție al sectorului Buiucani, mun. Chișinău, locotenent-major de poliție Mihail Moșneaga, examinând materialele cauzei penale nr. 2006441212, începută în baza semnelor componenței de infracțiune prevăzute în art. 186 din Codul penal, -

CONSTAT:

La 3 iunie 2006, în momentul în care încerca să sustragă pe ascuns bunuri din depozitul magazinului „Alimentara” din str. Albișoara, nr. 1, mun. Chișinău, a fost reținut un tânăr în vârstă de aproximativ 16 ani, care s-a prezentat Covalenco Boris. El a declarat că nu are loc permanent de trai și nici părinți. Covalenco Boris a recunoscut că a săvârșit furtul, deoarece îi era foame. Covalenco Boris nu avea asupra sa nici un document, declarând că are vârsta de 16 ani.

Luând în considerație că pentru a efectua urmărirea penală este necesară constatarea vârstei, iar în conformitate cu art. 143 din Codul de procedură penală realizarea expertizei în asemenea cazuri este obligatorie și conducându-mă de prevederile art. 57,142 și 144 din Codul de procedură penală,

DISPUN:

A efectua în prezenta cauză penală expertiza medico-legală pentru stabilirea vârstei. A pune în sarcina Centrului de Medicină Legală al Ministerului Sănătății și Protecției Sociale realizarea acesteia.

A solicita expertului răspunsuri la următoarele întrebări:

care este vârsta aproximativă a minorului?
corespunde aspectul fizic al minorului vârstei indicate de acesta?

A pune la dispoziția expertului materialele dosarului penal nr. 2006441212.
A informa procurorul despre hotărârea adoptată.

**Ofițer de urmărire penală,
locotenent-major de poliție**

semnătura

Mihail Moșneaga

Anexa: Clasificarea tulburărilor psihice conform DSM IV și ICD: ambele sunt sisteme de diagnosticare operațională care clasifică tulburările psihologice în funcție de numărul simptomelor

<https://ro.warbletoncouncil.org/diferencias-entre-dsm-5-y-cie-10-6973>

Anexă: Simularea unor boli psihice în penitenciar de către unii condamnați

<https://ru.scribd.com/document/509136769/Referat-Executorial-7>

<https://ru.scribd.com/document/369919675/Kupdf-com-carte-Psihiatrie-1>

Buletinul penitenciar nr. 2/1978, București p. 53 și urm

Anexa 2 - Formulă de calcul a forței emoțiilor și schema funcțională a stărilor afective

Anexă 2.1. Formulă de calcul a forței emoțiilor

$$E = V(\mathbf{In}-\mathbf{Ip})$$

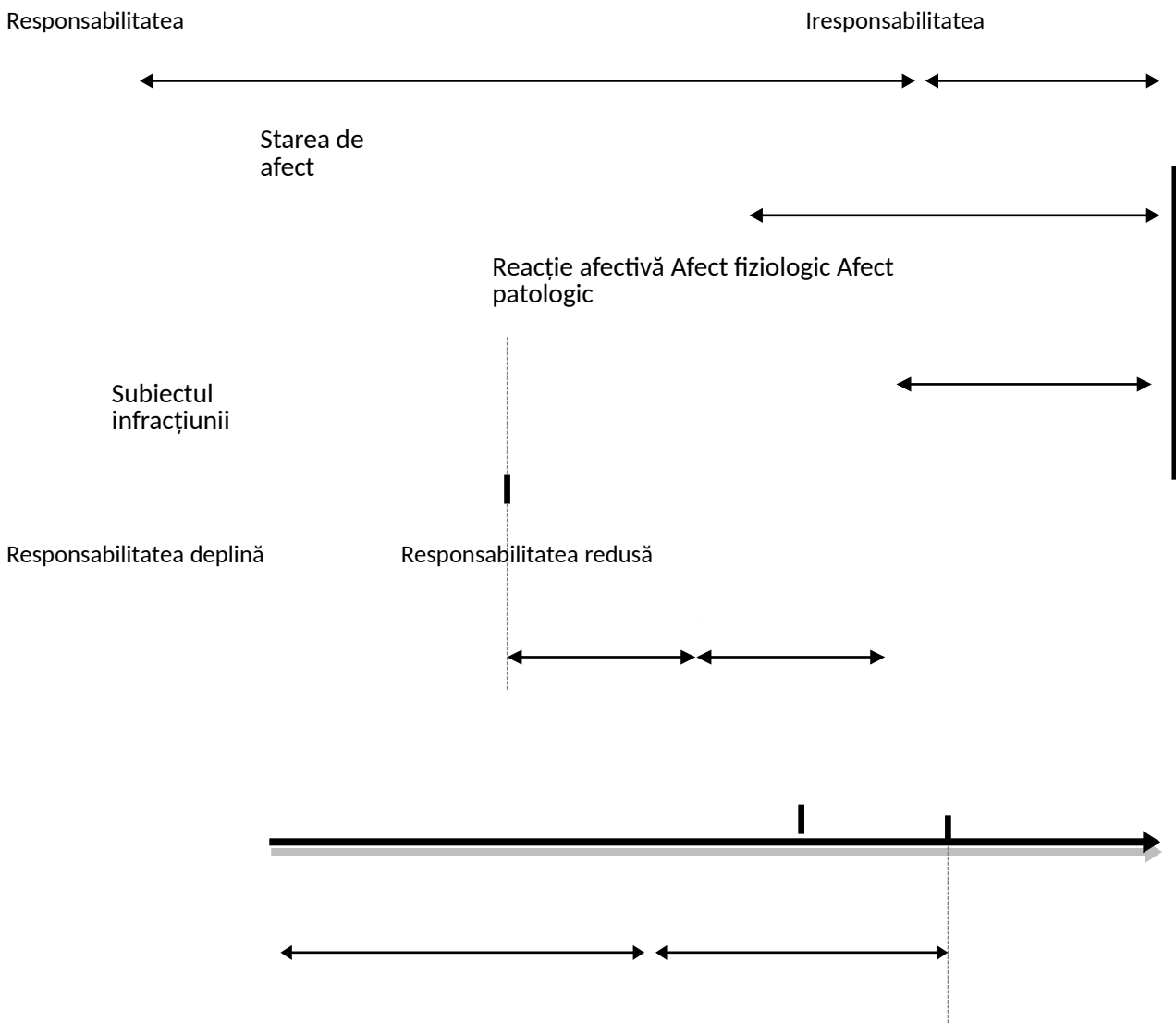
E este forța emoțiilor,

V - valoarea, trebuința, necesitatea care a determinat-o,

In - informația pe care trebuie s-o poseze subiectul pentru a-și rezolva conflictul, Ip - informația pe care el o posedă.

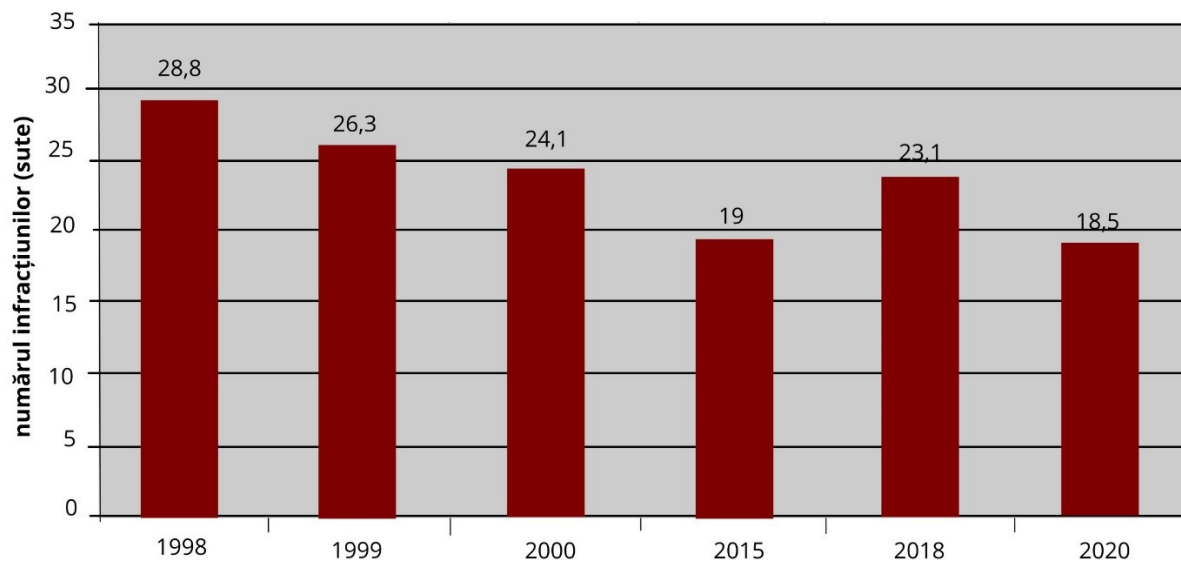
Cu cât mai mare este ponderea obiectului care a provocat conflictul (V) și mai mică cunoașterea unor soluții de rezolvare a lui (Ip), cu atât mai grave sunt circumstanțele care au generat afectul.

Anexă 2.2. Schema funcțională a stărilor psihice afective (deducție proprie)



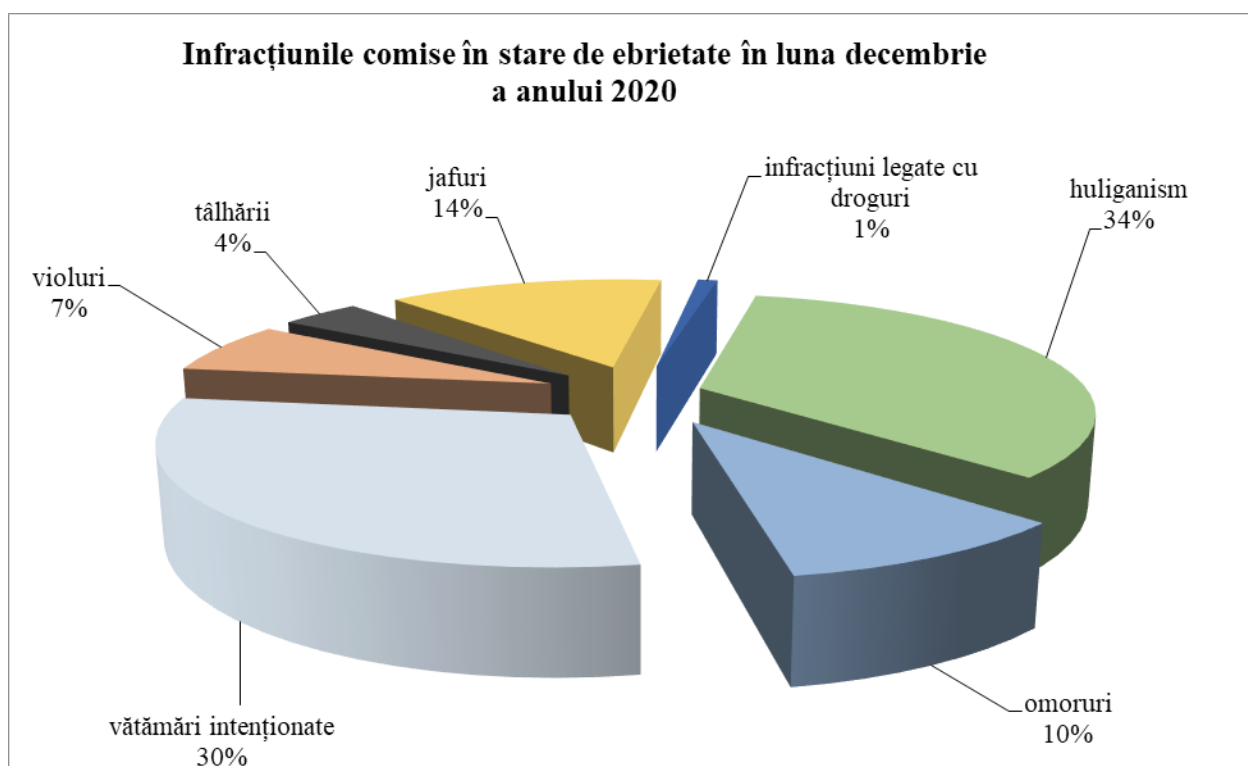
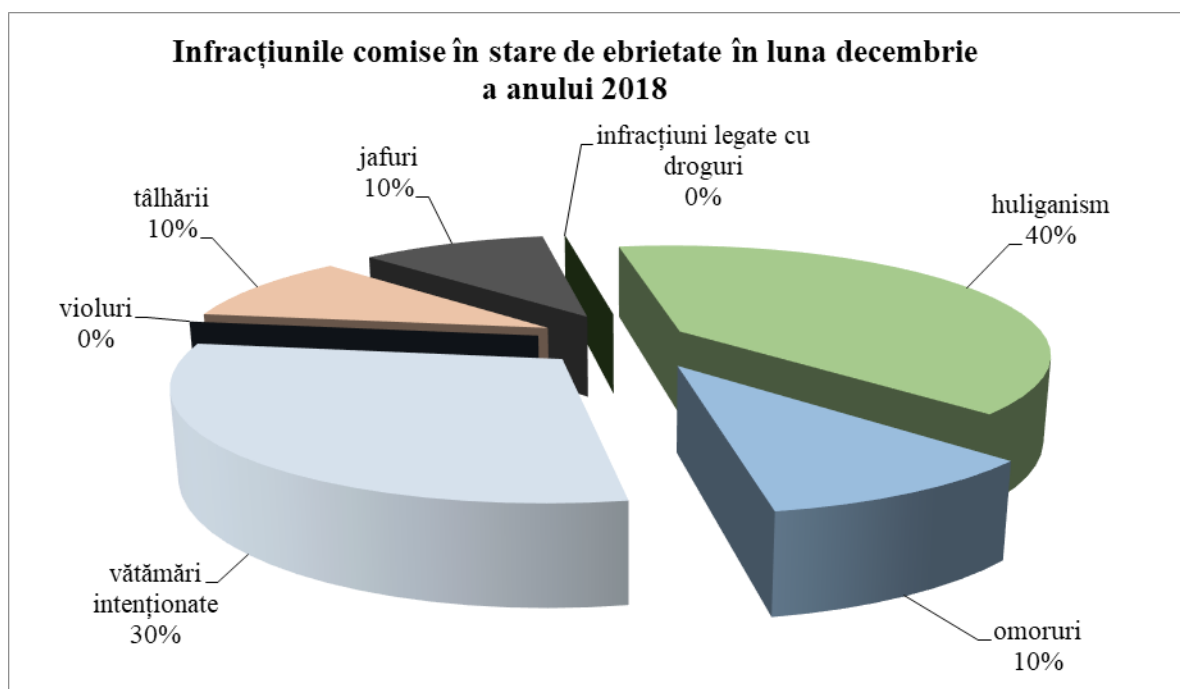
Anexa 3 - Analiza statistică a infracțiunilor comise în stare de ebrietate, prin consumul de droguri

**Analiza infracțiunilor comise în stare de ebrietate pe 12 ani
(perioada 1998-2020)**

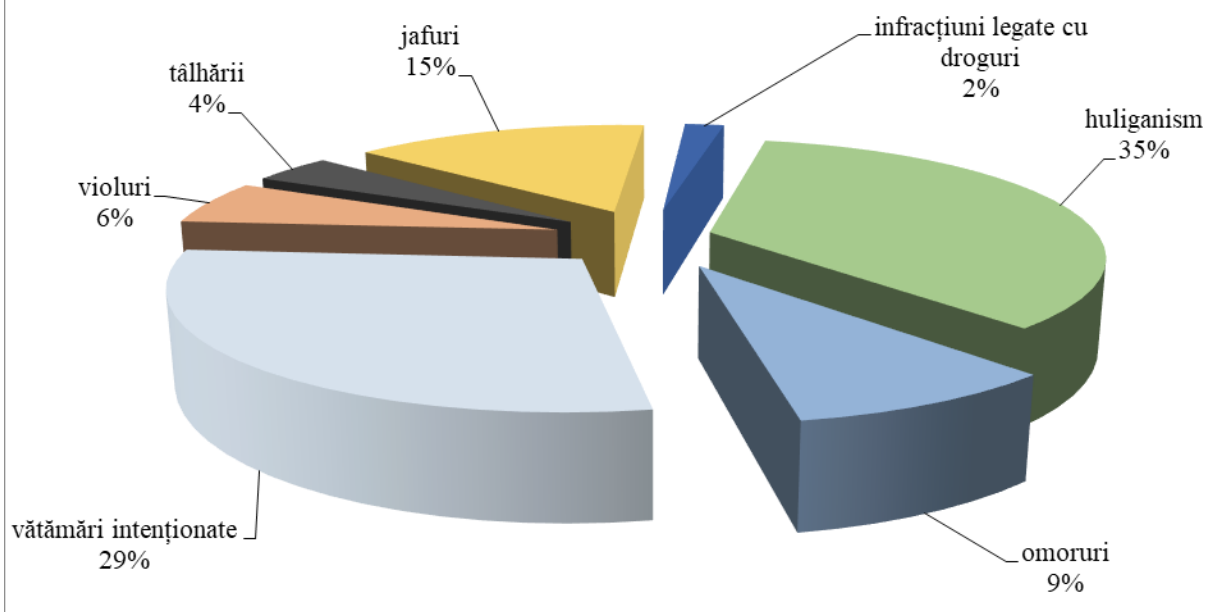


(sursa - mai.gov.md)

2011-2020)

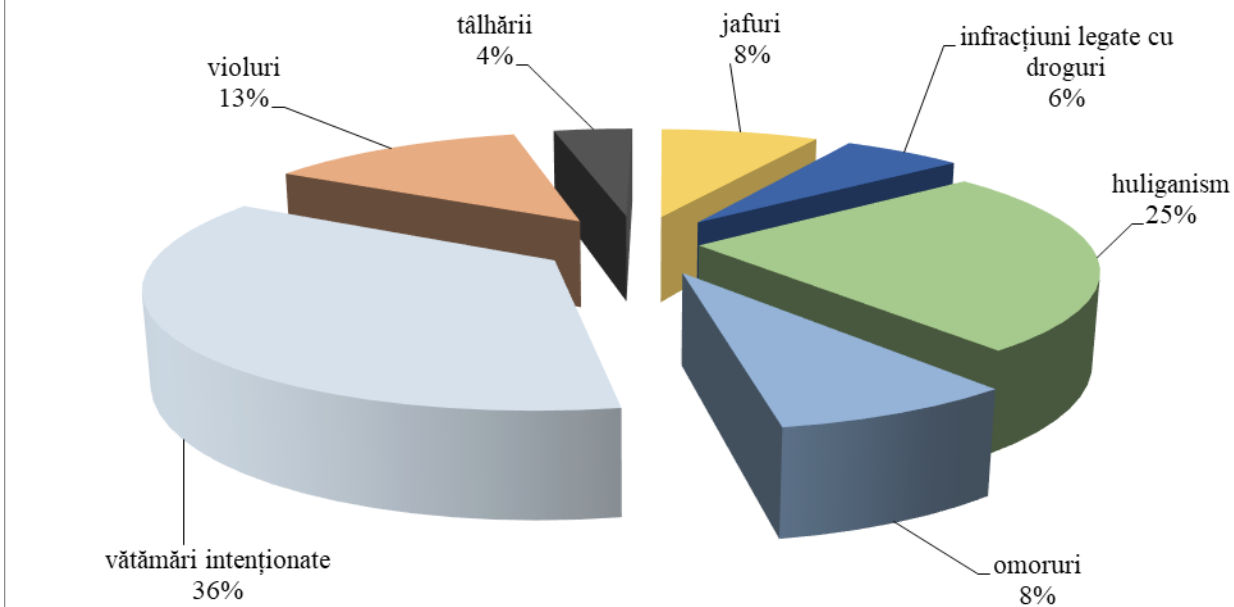


Infracțiunile comise în stare de ebrietate în luna decembrie a anului 2018



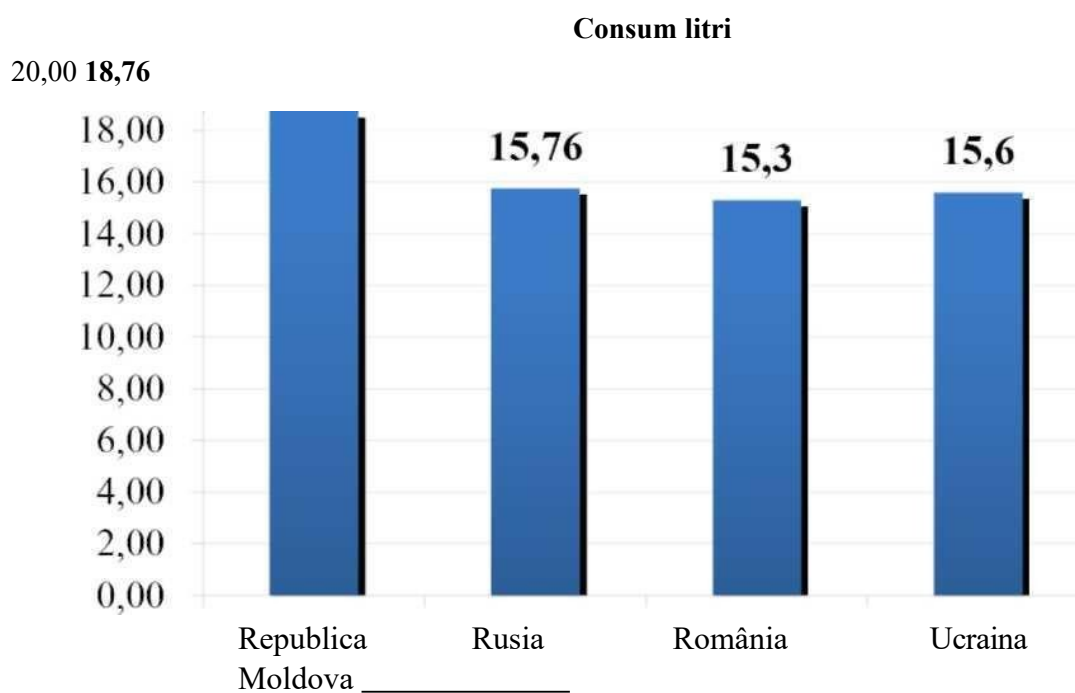
a

Infracțiunile comise în stare de ebrietate în luna decembrie a anului 2020

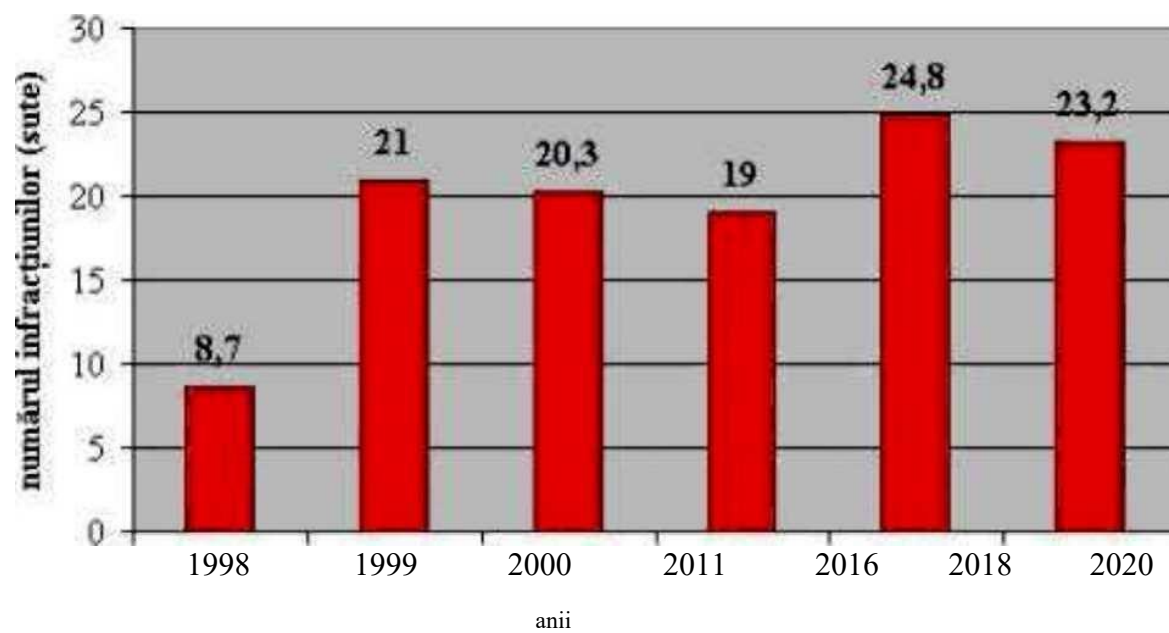


Anexa: Clasamentul mondial al consumului de alcool în 2018, exprimat în litri de alcool etilic pur pe cap de locuitor, calculat de Organizația Mondială a Sănătății, Republica Moldova ocupă prima poziție printre 188 de țări [sursa <http://gtmarket.ru/ratings/rating-countries-alcohol->

[consumption/infb](#)].



Analiza stării infraționalității legate cu droguri pe 12 ani (perioada 1998-2020)



(2011-2020)

(sursa - mai.gov.md)

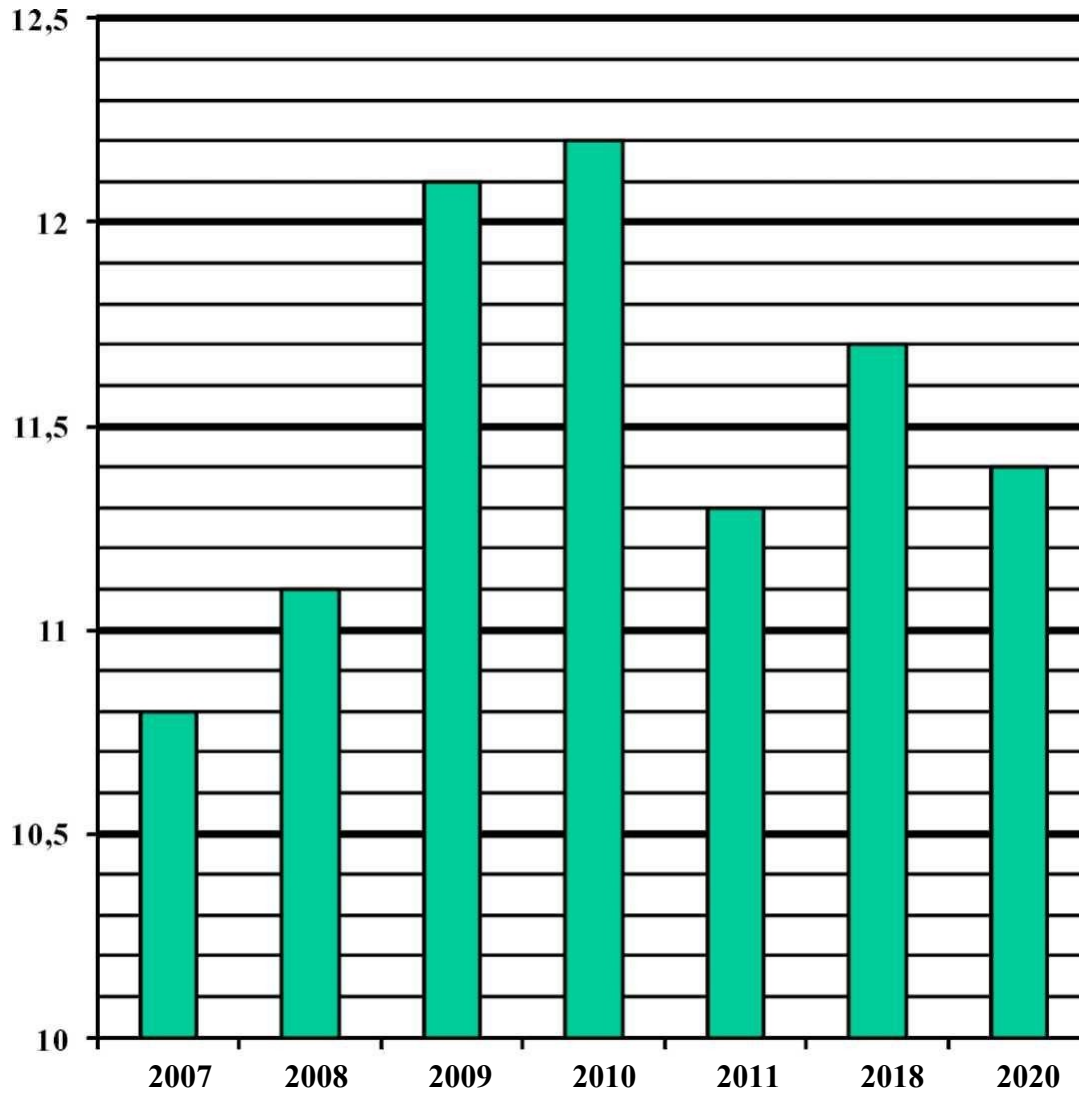
Anexa. Date statistice referitoare la bolnavii dependenți de alcool și substanțe narcotice, 2010/2018, în Republica Moldova prelucrate de autoare în baza datelor Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova [sursa. <http://www.statistica.md/>]

	Mii de oameni	La 100000 de locuitori
Abuzul de alcool și substanțe narcotice		
Pacienții înregistrați pentru prima dată		
2010	1,3	36,6
2011	1,1	29,8
2012	0,8	23,4
2013	0,7	20,7
2014	1,1	29,5
2015	1,0	28,1
Pacienții care sunt înregistrați		
2010	9,1	255,4
2011	9,4	265,4
2012	9,9	278,2
2013	10,4	292,8
2014	10,9	308,8
2015	11,5	324,5
2016	12,1	333,4
2017	12,8	352,1
2018	13,1	373,3

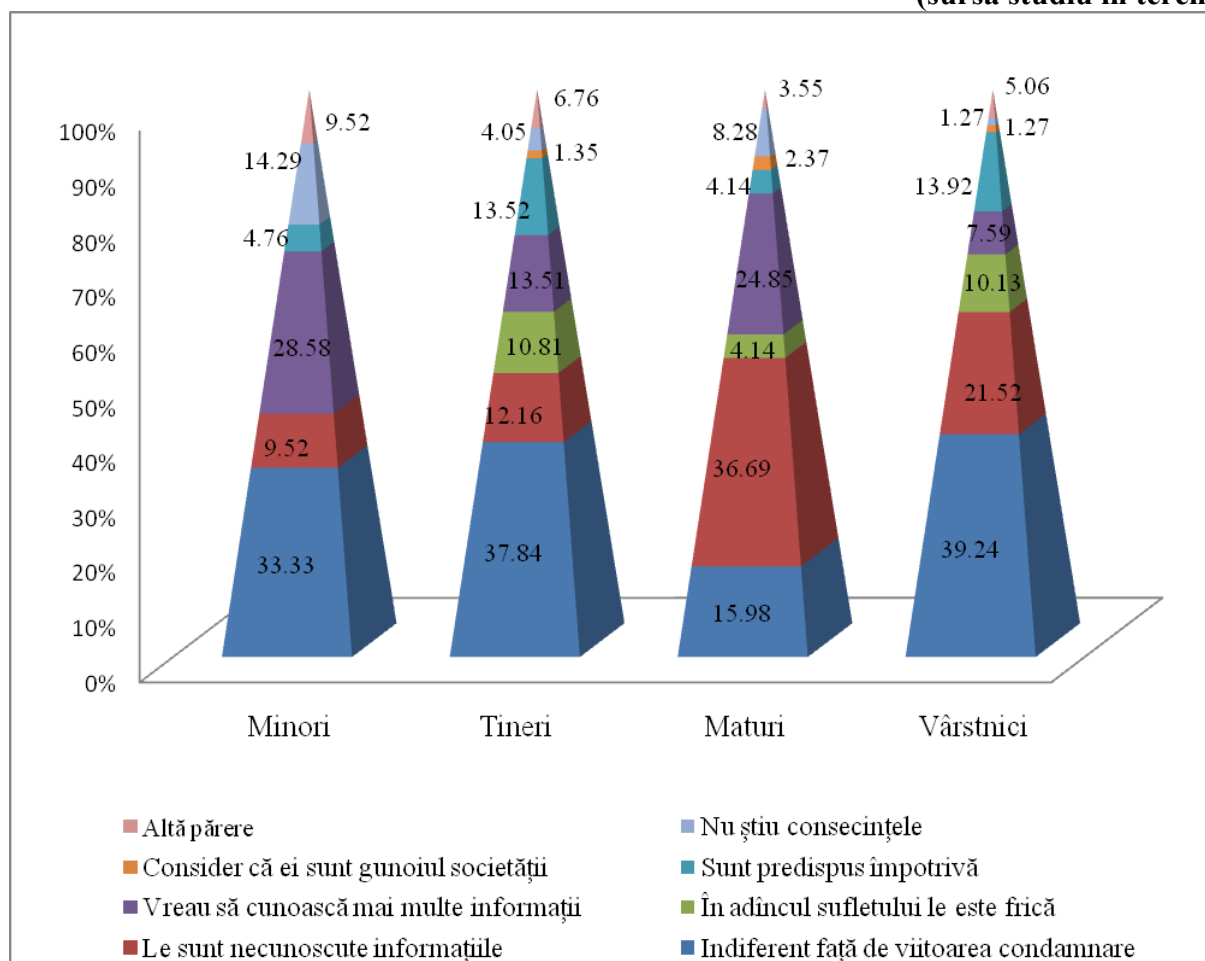
După cum se poate observa din datele din tabelul ponderea dependenților de alcool și substanțe narcotice în anul 2017 a crescut cu 12% față de anul 2019.

Anexa: (sursa - mai.gov.md)

**Dinamica criminalității minorilor pe anii 2007 - 2020 în proporție de pînă la 100%
din numărul total de infracțiuni**



**Anexa. Vârșă criteriu de maturitate, discernămint și responsabilizare
(sursa studiu în teren)**



Analizând diagrama conform criteriului vârstă, putem concluziona că minorii, tinerii (vârșta 19-21 ani), maturii și vârstnicii sunt persoanele care manifestă **atitudine despre o eventuală viitoare condamnare penală**. Dacă la capitolul minori ar **fi momentul de imaturitate**, la elevi – **lipsă de experiență de viață**, nu putem spune același lucru despre oamenii maturi și în etate. Totuși, această categorie de persoane supuse chestionării au manifestat ponderea cea mai mare la această opinie.

Când analizăm itemul „*Înțeleg și își asumă consecințele faptelor penale comise*”

Anexe: Sondaj: Cum credeți care sunt factorii de formare a unui comportament criminal?

Ereditatea - 21 răspunsuri (6,62%)

Familia - 87 răspunsuri (27,45%)

Situația financiară - 61 răspunsuri (19,24%)

Mediul social - 107 răspunsuri (33,75%)

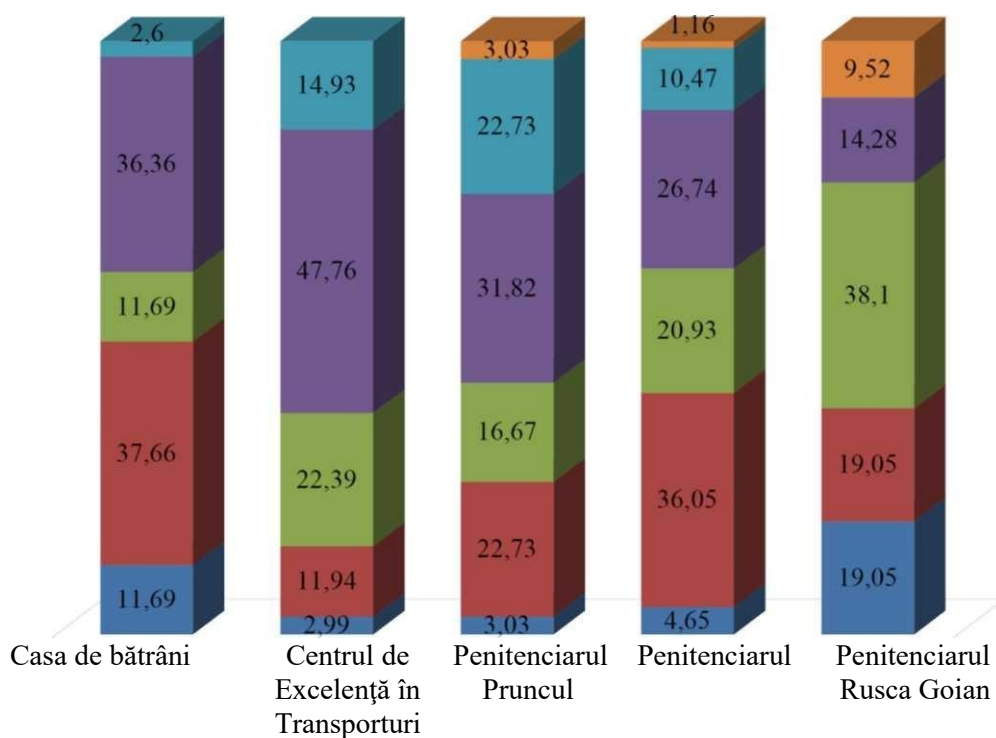
Consumul de droguri și alcool - 36 răspunsuri (11,36%)

Boli psihice - 5 răspunsuri (1,58%)

Prin intermediul acestui item am încercat să stabilim care sunt cauzele care duc la manifestarea comportamentelor antisociale. În așa fel, putem face concluzii că deși societatea noastră se plânge pe sărăcie, cauza principală a comportamentului delicvent este mediul social (grupul de prieteni, vecinii, cunoscuții cu care persoana interacționează frecvent) și mediul familial (familia în care crește, se educă și se socializează persoana). Abia pe cea de-a treia poziție se plasează opțiunea - situația financiară, cu o pondere de 19%.

Pentru o analiză detaliată a opiniei date, în continuare afișăm reprezentarea grafică a rezultatelor, conform criteriului enunțat mai sus.

Ereditatea ■ Familia ■ Situația financiară ■ Mediul social ■ Droguri și alcool Boli psihice

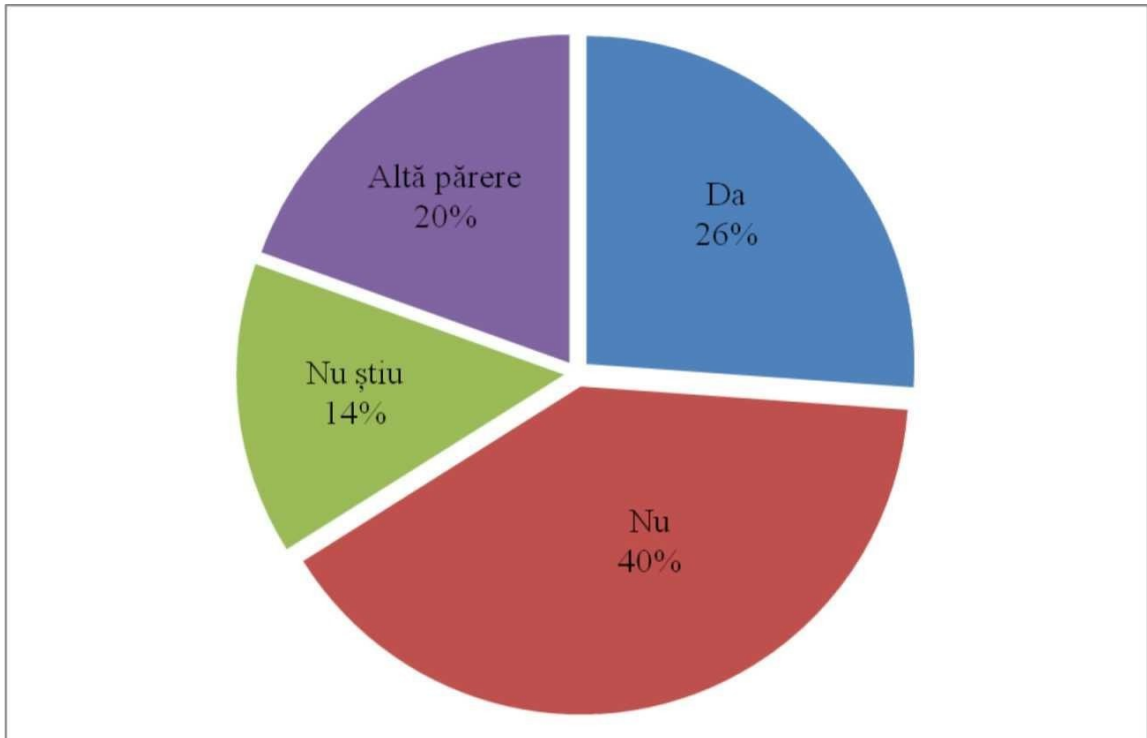


În ceea ce privește întrebarea dată, am vrea să menționăm că 28 de respondenți nu au dorit să răspundă la ea, ceea ce constituie 8,83%. Dacă ar fi să repartizăm refuzul de a da răspunsuri conform locul desfășurării chestionarului, primim următoarea repartizare: Casa de bătrâni - 3 persoane (3,75%), Centrul de Excelență în Transporturi - 7 persoane (9,46%), Penitenciarul Pruncul - 12 persoane (15,38%), Penitenciarul Rusca - 6 persoane (6,52%). Doar minorii din Penitenciarul Goian au răspuns toți.

Anexe: Sondaj: Credeți că cei condamnați sunt social periculoși? (studiu personal)

La această întrebare cei mai mulți dintre subiecții intervievați și-au exprimat opinia că condamnații nu sunt social periculoși. De asemenea, rezultatele sondajului ne demonstrează că nu poate fi un răspuns afirmativ din considerentele că foarte mult depinde de personalitatea celui condamnat și de fapta săvârșită de către acesta.

Pentru o analiză mai amplă urmează reprezentarea grafică a rezultatelor obținute la această întrebare:



Putem remarca faptul că 20% din respondenți au înscris o altă părere cu referire pericolul social pe care îl prezintă condamnații. Printre aceste păreri se enumera:

- depinde de fapta săvârșită de condamnat;
- depinde de personalitatea celui care manifestă comportament antisocial;
- are importanță faptul dacă cel condamnat conștientizează comportamentul pe care l-a manifestat; sunt periculoși doar cei cu dereglări psihice.

Pentru a putea face distincție între faptul cum se repartizează opiniile respondenților după criteriul privării sau nu de libertate, în continuare vom plasa reprezentarea grafică a rezultatelor după criteriul locul desfășurării chestionarului.

Tabelul: Statistici privind comiterea de infracțiuni de către femei, în funcție de vârstă - mediul rural, 2000/2019

		femei din sat															
		00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	
14 ani	femei	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	2	5	11	19
-17 ani	femei	73	64	93	108	127	125	72	43	46	57	58	65	68	53	55	

Tabelul: Date statistice - femei înregistrate pentru prima dată (alcoolism), 2000/2018

	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	
Numărul total de femei înregistrate																
alcoolism	668	475	479	494	640	686	667	614	730	801	638	582	514	548	599	
Numărul de femei înregistrate pentru fiecare 100.000 de femei																
alcoolism	30	25	25	26	34	37	36	33	39	43	35	32	28	30	33	

Declarația de asumare a răspunderii

Subsemnata ȘOMICU Marcela, prezenta teză doctorat se referă la propriile activități și realizări și declar pe proprie răspundere că materialele prezentate în teza, în caz contrar, urmând să suport consecințele, în conformitate cu legislația în vigoare.

ȘOMICU Marcela



„22 " decembrie 2022



CURRICULUM VITAE

Nume, Prenume, **BANU MARCELA**

Data nașterii – 1974

Telefon: 0775.148.498

Adresă - București

E-mail: rozananizani74@gmail.com

Sex: Feminin

Locul de muncă vizat: Juridic, Control, Resurse umane, Administrativ, Documente clasificate,

Experiența profesională

Numele si adresa angajatorului

Ministerul Economiei

2022-prezent

Functia sau postul ocupat

Consilier superior / Serviciului Relații Publice, Protocol, Arhivă și Registratură,

Numele si adresa angajatorului

Ministerul Economiei, Antreprenoriatului și Turismului (Bucuresti)

2021-2022

Functia sau postul ocupat

Consilier superior / Direcției de Comunicare și Protocol – Serviciul Relația cu Mass-Media, Ministerul Economiei Energiei și Mediului de Afaceri

2020-2021 (Bucuresti)

Consilier/ Direcția Resurse Umane și Relații Publice. Serviciul Relația cu Mass-Media

Consilier superior /relația cu parlamentul/ Direcția Generală Juridică

Ministerul Energiei (Bucuresti)

2018- 2020

Numele si adresa angajatorului

Specialist resurse umane S

Lugera & Makler SRL (punctul de lucru S.C. Lukoil Romania S.R..L)

Perioada

2016 – 2017

Numele si adresa angajatorului

Electrica Furnizare, Soseaua Stefan cel Mare, nr.1, Bucuresti

Referent de specialitate , Serviciul Patrimoniu Administrativ UCC

Perioada

2014-2015

Numele si adresa angajatorului

Electrica Furnizare , Soseaua Stefan cel Mare , nr.1, Bucuresti

Referent de specialitate S, Biroul Gestiune Documente Clasificate si Arhive

Perioada 2012- 2014

Numele si adresa angajatorului

Senzor Guard srl – București

Consilier juridic

Perioada 2011

Numele si adresa angajatorului

Direcția Generală de Poliție Comunitară a Sectorului VI, București
Str.Drumul Taberei Nr.18, Sector 6, București.

Perioada 2010 -2011

Casier/Inspector/Agent de politie comunitara clasa I

Numele si adresa angajatorului

Primaria Sectorului 6

Inspector /Serviciul mediu si salubritate (detasat)

Universitatea Constantin Brâncuși-Târgu Jiu, Facultatea de Științe Juridice și Administrative, Specializarea Drept

2007-2008: Studii de Masterat, specialitatea Științe Penale, în cadrul Universității “Titu Maiorescu “, București

2011 – 2015: Studii de Doctorat la specialitatea Drept Penal, Facultatea de Drept a Universității Libere Internaționale din Moldova (ULIM) /in prezent sunt in etapa finala la Agentia Nationala de Asigurare a Calitatii in Educatie si Cercetare

2014-2015: Bursiera la Institutul de Economie Naționala

Autor carte – Infracțiunile in stare de afect- Institutul de Economie Nationala 2015

Participarea la foruri științifice (naționale si internationale)

1. Coautor al cărții : Căile ordinare si extraordinare de atac în procesul penal

Note de curs-Coautor, Editura Măiastra ,2012, Tg-Jiu

2. Sesiune anuala de comunicări științifice cu tema: Considerați generale privind violenta si starea de afect, Universitatea Constantin Brancuși – Tg – Jiu, 2013.

3. Conferință științifică Internațională-Chisinau- cu tema: Expertiza constatării iresponsabilitatii” organizata de catre Academia de Stiinte a Moldovei in colaborare cu Universitatea Natională din Odesa, Universitatea de Drept din Kiev si Universitatea Rusa de Prietenie a Popoarelor, 2013

4. Analele Academiei de Studii Economice a Moldovei (Ediția a XI-a, nr.1) – cu tema: Răspunderea si responsabilitatea juridica-analiza conceptelor, Editura ASEM

5. Analele Academiei de Studii Economice a Moldovei (Ediția a XI-a, nr. 2) – cu tema: Corelația conceptelor de iresponsabilitate penală, Editura ASEM , 2013

6. Conferință internațională Științifică Practică- Abordări europene în cercetare și inovare 9-12 octombrie 2014- Universitatea de Studii Europene din Moldova cu tema: Responsabilitatea și iresponsabilitatea redusă în dreptul penal, Revista de cercetări socio –umanistice.- Nr.2/2014 – ISSN 2344-1106, Abordări europene în cercetare și inovare. 2013

7. Autor - Simpozionul cu tema: Infracțiunile în stare de afect, organizat de Institutul Național de Criminalistică din cadrul I.G.P.R. și Asociația Criminaliștilor din România. Simpozioane juridică: Mijloacele de probă criminalistice” O sută de ani de la apariția dactiloscopiei în România” cu desfășurare la Sala Universității de Științe și Arte Gheorghe Cristea din București, 23 aprilie. 2014

8. Autor - Articol cu tema: Considerații generale privind violența și starea de afect” în Revista: Studii de Securitate Publică, volumul 4, numărul 1(13) 2015, Ianuarie – Martie, publicație academică trimestrială editată de Departamentul de Poliție din cadrul Facultății de Poliție a Academiei de Poliție „ Alexandru Ioan Cuza” București, în colaborare cu Asociația Română pentru Studii Judiciare și Securitate Publică, indexată în baze de date și cataloage internaționale. ISSN 2284-8592, ISSN-L 2248-8592 , anul 2014.

9. Autor - Articol cu tema: Tipologia infraționalității în stare de afect și cauzele ei, Facultatea de Științe Economice și Administrație Publică, Universitatea “Ștefan cel Mare” din Suceava, Institutul de Economie Națională - Conferinței “Impactul transformărilor socio-economice și tehnologice la nivel național, european și mondial” – ediția a VI-a Regiunea BUCUREȘTI-SUCEAVA, 2014

10. Autor - Conferința științifică internațională "Provocări și strategii în ordinea și siguranța publică - Ediția a II-a" se va desfășura la sediul Academiei de Poliție „Alexandru Ioan Cuza” din București, Aleea Privighetorilor nr. 1-3, sector 1. Articol cu titlul „Clasificării și tipologii ale infractorilor” Conferința științifică este indexată în baza de date internațională [EBSCO](#).

11. Coautor-Analele Științifice ale Universității din Moldova, Ediția II/2013 Chișinău 2014-cu tema Masurile de constrângere cu caracter medical aplicate alcoolicii și narcomanilor s-au punerea lor sub curatelă. ISSN-2435-1114/ISBN 978-9975-4024-7-7

12. Autor carte – Infracțiunile în stare de afect - Institutul de Economie Națională, 2014

13. Coautor - Corelația conceptelor de responsabilitate și iresponsabilitate penală, Analele Științifice ale Academiei de Studii Economice din Moldova, nr.11(2)/2013/ISSN 1857-1433.

14. Răspunderea și responsabilitatea juridică – analiza conceptelor, Academia de Studii Economice din Moldova, Analele Științifice ale Academiei de Studii Economice din Moldova, nr.11/2013/ISSN 1857-1433.

15. Limitele interne ale responsabilității și iresponsabilității

penale și persoanele aflate în stare de afect/ REVISTA NATIONALA DE DREPT

Publicație periodică științifico-practică

Nr. 2 (244), anul 22 (2021) ISSN 1811-0770

E-ISSN 2587-411X

Marcela ȘOMICU (BANU)

Diplomă de onoare acordată în anul 2013 de Asociația Criminaliștilor din România

Diplomă de onoare acordată în anul 2015 de Asociația Criminaliștilor din România

Certificat de participare bursa doctorala- Institutul de Economie Națională (posdru)

Diploma operator calculator

Perioada 2020

Certificat de participare „Expert prevenire și Combaterea corupției”

Perioada 2021

Certificat de participare „Cresterea capacității administrative a Ministerului Economiei, în vederea monitorizării, evaluării și coordonarea politicilor publice din domeniul competitivității economice”