

**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,
profesor universitar, doctor în drept

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

CHIȘINĂU, 2025

© BANU (ŞOMICU) Marcela, 2025

CUPRINS

ADNOTARE.....	5
LISTA FIGURILOR.....	8
LISTA ABREVIERILOR.....	9
INTRODUCERE.....	10
1. ANALIZA STUDIILOR ȘTIINȚIFICE ȘI A LEGISLAȚIEI PENALE CU PRIVIRE LA RESPONSABILITATEA/IRESPONSABILITATEA PENALĂ.....	23
1.1. Analiza studiilor științifice privind calificarea conceptuală a iresponsabilității penale, publicate în Republica Moldova și România.....	23
1.2. Analiza legislației naționale, a celei internaționale și a doctrinei altor țări privind iresponsabilitatea penală.....	38
1.3. Concluzii de la capitolul 1.....	45
2. CARACTERISTICA GENERALĂ A RESPONSABILITĂȚII/IRESPONSABILITĂȚII PENALE.....	48
2.1. Responsabilitatea, iresponsabilitatea și responsabilitatea redusă în dreptul penal. Limitele dintre iresponsabilitate și responsabilitate. Cauzele care elimină responsabilitatea penală.....	48
2.2. Iresponsabilitatea penală și evoluția acesteia. Elemente de drept comparat. Coraportul dintre cauzele care înlătură caracterul penal al faptei versus cauzele justificative conform legislației penale din România și Republica Moldova.....	57
2.2.1. Delimitări conceptuale privind sintagma “persoană afectată de tulburări psihice”.....	59
2.2.2. Legătura dintre iresponsabilitate penală și alte cauze care elimină caracterul penal al faptei.....	63
2.3. Noțiunea, definițiile și particularitățile iresponsabilității penale.....	64
2.4. Condiții și criterii de evaluare a iresponsabilității penale.....	72
2.5. Problema săvârșirii contravențiilor în stare de iresponsabilitate.....	79
2.6. Aspecte comparative privind iresponsabilitatea penală în alte state.....	83
2.7. Concluzii la capitolul 2.....	88
3. LIMITELE PROPRII ȘI MODALITĂȚILE DE EVALUARE A IRESPONSABILITĂȚII PENALE.....	90
3.1. Iresponsabilitatea individului aflat în stare de afect.....	90
3.2. Aspecte iresponsabilității în contextual consumului de droguri sau alcool. Temeiurile care justifică impunerea măsurilor de constrângere de natură	

medicală.....	100
3.3. "Mecanisme psihice" în cadrul normalității și patologiei.....	108
3.4. Aspecte procesuale-penale referitoare la expertiza psihologică și psihiatrică pentru stabilirea iresponsabilității și stărilor adiacente.....	118
3.4.1. Considerații procesuale-penale generale privind expertiza psihologică-judiciară și psihiatrică.....	119
3.4.2. Efectele și aspectele procesuale ale iresponsabilității.....	128
3.5. Actio in libera causa.....	131
3.6. Consecințele constatării iresponsabilității penale și temeiurile pentru aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical.....	138
3.7. Minorul și iresponsabilitatea.....	152
3.8. Concluzii la capitolul 3.....	157
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI.....	160
BIBLIOGRAFIE.....	165
ANEXE.....	188
DECLARAȚIA DE ASUMARE A RĂSPUNDERII.....	226
CURRICULUM VITAE.....	227

ADNOTARE

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

Chișinău, 2025 Specialitatea științifică: 554.01-Drept penal și execuțional penal

Structura tezei: introducere, trei capitole, recomandări și concluzii generale, bibliografia din 382 de titluri, trei capitole, 154 pagini de text de bază. Rezultatele de bază au fost valorificate prin publicarea acestora în 11 lucrări științifice.

Cuvinte-cheie: iresponsabilitate, răspundere penală, sănătate mintală, boli psihice, expertiză medico-legală.

Scopul și obiectivele lucrării vizează analiza juridico-penală a iresponsabilității, având în vedere reglementările legislative din RM și România, la fel și prin integrarea unui ansamblu de cunoștințe din psihologie, criminologie, psihiatrie judiciară, medicină legală și alte domenii conexe.

Obiectivele cercetării: analiza legislației RM și a celei internaționale privind fundamentarea instituțională a conceptului juridic de iresponsabilitate; identificarea și clarificarea corelației dintre iresponsabilitatea penală și cauzele care exclud caracterul penal al faptei, precum și interpretarea doctrinară a acestora; studierea lucrărilor științifice publicate în RM și în alte țări, referitoare la iresponsabilitate și la responsabilitatea diminuată; definirea granițelor conceptuale dintre răspunderea penală, responsabilitate, iresponsabilitate și responsabilitate redusă în dreptul penal; analiza iresponsabilității penale în contextul consumului de droguri, alcool sau al persoanelor minore lipsite de discernământ, pe baza materialelor științifice internaționale și naționale; analiza circumstanțelor, indicatorilor și consecințelor iresponsabilității penale; examinarea modului de desfășurare a serviciilor de asistență psihiatrică în RM; studierea conceptului și noțiunii de responsabilitate redusă din perspectivă teoretică; analiza etapelor evaluării medico-legale psihiatrice a adulților, precum și a aspectelor procedurale penale referitoare la expertiza judiciară în cazurile de iresponsabilitate penală și responsabilitate diminuată; examinarea conduitei disimulate dintr-o perspectivă medico-legală, având în vedere tulburările de personalitate, criteriile de diagnosticare, intoxicația cu substanțe toxice, minoratul, stările afective și alte elemente relevante; formularea concluziilor și recomandărilor pentru ajustarea legislației penale, în vederea creșterii eficienței justiției penale în cazurile implicând persoane iresponsabile sau cu responsabilitate redusă.

Noutatea și originalitatea științifică. Prezentul studiu a clarificat conceptul de iresponsabilitate penală, evidențiind lacune legislative și dificultăți în delimitarea sa de responsabilitate redusă, oferind soluții pentru aplicarea corectă a normelor penale. De asemenea, autorul a analizat și stabilit limitele acestei noțiuni în raport cu persoana infractorului, în contextul diferenței dintre normalitate și patologie, corelând-o cu responsabilitate redusă, starea de afect și problematica iresponsabilității în cazul consumului de droguri sau alcool, precum și în cazul minorilor lipsiți de discernământ.

Problema științifică importantă soluționată constă în introducerea, în legislația RM, a cauzelor de neimputabilitate (*lipsa discernământului, intoxicația alcoolică, vârsta minoră*) și clarificarea internării forțate pentru tratament psihiatric. De asemenea, trebuie îmbunătățite reglementările privind răspunderea penală a persoanelor cu tulburări psihice, respectând normele CEDO.

Semnificația teoretică. Lucrarea analizează iresponsabilitatea penală dintr-o perspectivă interdisciplinară, oferind un cadru teoretic și practic pentru prevenire și reintegrare. Studiul are valoare științifică și juridică, fiind un reper pentru specialiști la nivel național și internațional.

Valoarea aplicativă se integrează în cadrul reglementărilor juridice relevante, realizând o fuziune între teoria și practica dreptului. Astfel, cercetarea contribuie la clarificarea unor perspective și concepții doctrinare, precum și la rectificarea soluțiilor eronate din practica judiciară și la remedierea unor probleme de drept. De asemenea, aceasta sprijină adoptarea unor practici judiciare coerente și uniforme, îmbunătățind în același timp prevederile normative ce vizează responsabilitate penală, iresponsabilitate și responsabilitate redusă.

Implementarea rezultatelor științifice. Rezultatele științifice ale lucrării pot constitui un punct de sprijin și în activitățile didactice și în practica judiciară a juriștilor interesați de studiul personalității infractorului. Conceptele au concluziile care au fundamentat această teză de doctorat au fost prezentate în diverse lucrări științifice.

АННОТАЦИЯ

БАНУ (ШОМИКУ) Марчела “БЕЗОТВЕТСТВЕННОСТЬ В УГОЛОВНОМ ЗАКОНЕ”, Диссертация на соискание ученой степени доктора права, Специальность 554.01 - Уголовное право и уголовно исполнительное право. Кишинев, 2025

Структура диссертации: введение, 3 главы, общие выводы и рекомендации, библиография, состоящая из 382 наименований, 154 страниц основного текста. Результаты опубликованы в 11 научных работах.

Ключевые слова: безответственность, уголовная ответственность, психическое здоровье, заболевание, судебно-медицинская экспертиза.

Область исследования. Цель и задачи статьи направлены на уголовно-правовой анализ безответственности с учетом законодательных норм Республики Молдова и Румынии, а также путем интеграции, совокупности знаний из области психологии, криминологии, судебной психиатрии, судебной медицины и других смежных областей.

Цель диссертационного исследования в задачи исследования: анализ молдавского и международного законодательства относительно институционального обоснования правового понятия безответственности; выявление и выяснение соотношения уголовной безответственности и причин, исключаяющих преступность деяния, а также их доктринальное толкование; изучение научных работ, опубликованных в Республике Молдова и других странах, касающихся безответственности и невменяемости; определение концептуальных границ между уголовной ответственностью, ответственностью, безответственностью и ограниченной ответственностью в уголовном праве; анализ преступной безответственности в контексте наркомании, алкоголизма или неразборчивости несовершеннолетних на основе международных и национальных научных материалов; анализ обстоятельств, признаков и последствий уголовной безответственности; изучение порядка предоставления услуг психиатрической помощи в Республике Молдова; изучение концепции и понятия сниженной ответственности с теоретической точки зрения; анализ этапов судебно-психиатрической экспертизы взрослых, а также уголовно-процессуальных аспектов, связанных с проведением судебной экспертизы по делам о невменяемости и невменяемости; рассмотрение скрываемого поведения с точки зрения судебной экспертизы, принимая во внимание расстройства личности, диагностические критерии, интоксикацию токсическими веществами, несовершеннолетний возраст, аффективные состояния и другие соответствующие элементы; разработка выводов и рекомендаций по совершенствованию уголовного законодательства в целях повышения эффективности уголовного правосудия по делам в отношении невменяемых и маловменяемых лиц.

Научная новизна и оригинальность результатов и полученных выводов исследования. В исследовании уточнено понятие уголовной безответственности, выявлены законодательные пробелы и трудности в ее разграничении от сниженной ответственности, предложены решения для правильного применения уголовных норм. Автор также проанализировал и установил границы этого понятия по отношению к личности правонарушителя в контексте различия нормы и патологии, соотнес его с пониженой ответственностью, состоянием аффекта и проблемой безответственности в случае употребления наркотиков или алкоголя, а также в случае невменяемости несовершеннолетних.

Решенный важный научный вопрос состоит во введении в законодательство Республики Молдова оснований невменяемости (*невменяемость, алкогольное опьянение, несовершеннолетний возраст*) и уточнении принудительной госпитализации для психиатрического лечения. Необходимо также усовершенствовать правила уголовной ответственности лиц с психическими расстройствами с учетом норм ЕКПЧ.

Практическая применимость исследования: интегрируется в соответствующие правовые нормы, достигая слияния теории и практики права. Таким образом, исследования способствуют проявлению некоторых вариантов и точек зрения в доктрине, исправлению некоторых неверных решений в юриспруденции, разрешению некоторых проблем. Он также поддерживает создание единой и однородной судебной практики, одновременно совершенствуя нормативные положения, касающиеся уголовной ответственности, безответственности и ограниченной ответственности.

Апробация результатов диссертационного исследования. Научные результаты работы могут стать опорой в преподавательской деятельности в судебной практике юристов, интересующихся изучением личности преступника. Концепции и выводы, положенные в основу данной докторской диссертации, были изложены в различных научных работах, которые также были предметом докладов на национальных и международных научных конференциях.

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 382 titles, 3 appendices, 154 pages of basic text. The basic results are published in 11 scientific papers.

Keywords: irresponsibility, criminal liability, mental health, mental illness, forensic expertise.

Field of study. The doctoral dissertation takes an interdisciplinary approach, integrating aspects of criminal law, criminology, and forensic psychology.

Purpose and objectives of the paper focus on the legal-criminal analysis of irresponsibility, considering the regulations in force in the Republic of Moldova and Romania, as well as through the lens of knowledge from psychology, criminology, forensic psychiatry, forensic medicine, and related fields.

Research objectives: analysis of the legislation of the Republic of Moldova and international legislation regarding the institutional substantiation of the legal concept of irresponsibility; identification and clarification of the correlation between criminal irresponsibility and the causes that exclude the criminal nature of the act, as well as their doctrinal interpretation; study of scientific works published in the Republic of Moldova and in other countries, regarding irresponsibility and diminished responsibility; definition of the conceptual boundaries between criminal liability, responsibility, irresponsibility and diminished responsibility in criminal law; analysis of criminal irresponsibility in the context of drug, alcohol or minors lacking discernment, based on international and national scientific materials; analysis of the circumstances, indicators and consequences of criminal irresponsibility; examination of the way psychiatric care services are carried out in the Republic of Moldova; study of the concept and notion of diminished responsibility from a theoretical perspective; analysis of the stages of the forensic psychiatric assessment of adults, as well as of the criminal procedural aspects relating to judicial expertise in cases of criminal irresponsibility and diminished responsibility; examining covert conduct from a forensic perspective, taking into account personality disorders, diagnostic criteria, intoxication with toxic substances, minor age, affective states and other relevant elements; formulating conclusions and recommendations for adjusting criminal legislation, in order to increase the efficiency of criminal justice in cases involving irresponsible or low-responsibility persons.

Scientific novelty and originality. The study clarified the concept of criminal irresponsibility, highlighting legislative gaps and difficulties in its delimitation from reduced responsibility, offering solutions for the correct application of criminal norms. The author also analyzed and established the limits of this notion in relation to the person of the offender, in the context of the difference between normality and pathology, correlating it with reduced responsibility, the state of affect and the issue of irresponsibility in the case of drug or alcohol consumption, as well as in the case of minors lacking discernment.

Important scientific solved consists of introducing into the legislation of the Republic of Moldova the causes of non-imputability (*lack of discernment, alcohol intoxication, minor age*) and clarifying forced hospitalization for psychiatric treatment. Also, the regulations on the criminal liability of persons with mental disorders must be improved, respecting the norms of the ECHR.

Theoretical importance and the applied value of the paper lie in the development and scientific justification of a conceptual framework on criminal irresponsibility. This contributes to clarifying the role, status, conditions, and effects of this institution, serving as the inverse foundation of subjective criminal responsibility. It is aimed at ensuring the proper application of criminal law in strict alignment with the subjective principles that influenced, conditioned, and led to the commission of the harmful act.

Theoretical significance lies in the fact that these findings can serve as a benchmark for accurately evaluating criminal irresponsibility in various categories of offenders, considering both objective and subjective aspects through a comprehensive and interconnected interdisciplinary approach. These approaches contribute to a more effective prevention of criminal behavior and a more adequate resocialization, both for people in general and for those with mental deficiencies.

Application value. The applied value is integrated into the relevant legal regulations, achieving a fusion between the theory and practice of law. Thus, the research contributes to clarifying some options and points of view in the doctrine, correcting incorrect solutions in jurisprudence and to solving some legal problems. It also supports the establishment of unitary and homogeneous judicial practices, while improving the normative provisions regarding criminal responsibility, irresponsibility, and diminished responsibility.

Implementation of scientific results. The scientific results of the paper can constitute a point of support in the teaching activities and judicial practice of lawyers interested in the study of the personality of the offender.

LISTA TABELELOR

Tabelul 6.1. <i>Date statistice privind persoanele dependente de alcool și substanțe narcotice, pentru perioada 2010/2018, în Republica Moldova</i>	216
Tabel 12.1. <i>Precedente CEDO privind încălcarea art. 3 din CEDO</i>	224
Tabelul 13.1. <i>Tipologii ale deficiențelor intelectuale și implicațiilor lor comportamentale și juridice</i>	226
Tabelul 14.1. <i>Statistici privind comiterea de infracțiuni de către femei, în funcție de vârstă – mediul rural, 2000/2019</i>	228
Tabelul 14.2. <i>Date statistice. Femei înregistrate pentru prima dată (alcoolism), 2000/2018</i> ...	228

LISTA FIGURILOR

1. Fig. 3.1. Reprezentarea grafică a infracțiunilor comise în stare de ebrietate, decembrie 2018.....	213
2. Fig. 3.2. Reprezentarea grafică a infracțiunilor comise în stare de ebrietate, decembrie 2020.....	213
3. Fig. 3.3. Analiza infracțiunilor comise în stare de ebrietate pe 12 ani (<i>perioada 1998-2020</i>).....	213
4. Fig. 4.1. Reprezentarea grafică a clasamentului global al consumului de alcool.....	214
5. Fig. 5.1. Analiza stării infracționalității în domeniul drogurilor pe o perioadă de 12 ani (<i>1998-2020</i>).....	215
6. Fig.7.1. Reprezentarea grafică a rezultatelor sondajului despre opinia diferitelor grupuri de vârstă despre o posibilă condamnare viitoare.....	217
7. Fig. 8.1. Rezultatele sondajului despre factorii de formare a unui comportament criminal.....	218
8. Fig. 9.1. Categoriile de deficiențe intelectuale și tulburări psihiatrice.....	220
9. Fig. 10.1. Tipologii ale deficiențelor intelectuale și implicațiile comportamentale.....	221
10. Rezultatul sondajului cu privire la pericolul social al persoanelor condamnate.....	222

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

BNS-Biroul Național de Statistică

CP - Cod Penal

CPP - Cod de Procedură Penală

CA- Curtea de Apel

CC-Codul Contravențional

CD - Culege de decizii

CEDO - Curtea Europeană a Drepturilor Omului

CPJ - Culegeri de practică judiciară

CSI - Comunitatea Statelor Independente

Dec. - decizie

Dreptul - Revista Dreptul

Ed. - Editură

jud. - judecătorie

M.O. - Monitorul 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

secț. 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

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța temei abordate. Potrivit Constituției RM, țara funcționează ca un stat ce este guvernat de lege din punct de vedere democratic, unde demnitatea umană, precum și drepturile și libertățile individului, reprezintă principii fundamentale și beneficiază de protecție garantată [35].

Obiectivul pedepsei penale – reeducarea condamnatului, restabilirea echilibrului social și prevenirea altor infracțiuni – poate fi atins doar printr-o evaluare corectă a faptelor, evitând atât subestimarea, cât și supraestimarea gravității acestora. Conform art. 3 alin. (2) din CP al RM [26], dreptul pentru o justiție echitabilă, bazându-se pe dovezi științifice privind afectarea discernământului penal interzice interpretarea extinsă în defavoarea inculpatului și aplicarea legii prin analogie. Stabilirea responsabilității sau iresponsabilității în expertiza medico-legală este esențială.

Prezenta teză de doctorat oferă o abordare inovatoare și interdisciplinară asupra iresponsabilității penale, fiind una dintre puținele lucrări care tratează subiectul în mod complex. Originalitatea sa constă în propunerea unei noi perspective conceptuale, analizate în raport cu legislația RM și României, printr-o interpretare detaliată a termenilor relevanți. Importanța acestei cercetări justifică necesitatea unor studii viitoare cu abordare monografică. Tematica se aliniază preocupărilor internaționale și naționale, integrând opinii din domeniul dreptului penal, criminologiei, psihologiei juridice, dar și din filosofie, sociologie și psihologie.

Încadrarea temei în preocupările internaționale, naționale și zonale o constituie sugestiile și reflecțiile, opiniile cercetătorilor din cadrul jurisprudenței (*dreptului penal, criminologiei, psihologiei juridice, criminalistică etc.*), dar și al altor discipline, cum ar fi filosofiei, sociologiei, psihologiei.

În acest context, se face referire la principiile etice generale care stau la baza relației dintre medic și pacient, inclusiv pacientul cu afecțiuni psihice, principii consfințite în Declarația Asociației Medicale Mondiale (*AMM*). Aceste principii au fost adoptate în cadrul celei de-a 47-a Adunări Generale, desfășurată la Bali, Indonezia, în 1995 [17].

În ceea ce privește pericolul social reprezentat de pacientul psihic pentru societate și rolul expertizelor medico-legale, se pot formula următoarele precizări:

1. Caracteristicile de personalitate reflectă adesea un potențial criminogen, manifestat prin diverse tulburări de comportament, care conturează personalitatea pacientului psihic. Acest lucru poate fi evidențiat prin discrepanțe sau lipsa de corelare între trăsăturile de caracter și izbucnirile temperamentale, lipsa autocontrolului, inhibiției sau reținerii, precum și prin voința și

afectivitatea fragile sau imature.

2. Comportamentul antisocial al persoanei poate fi explicat printr-o inadaptabilitate persistentă și un caracter patologic distinct față de ceilalți indivizi.

3. Actele antisociale comise de această categorie de persoane sunt caracterizate de spontaneitate, lipsă de planificare și absența unei logici sau a unei intenții clare în desfășurarea sau finalizarea acestora.

4. Comportamentul poate include o agresivitate și o răutate accentuată, manifestate prin izbucniri violente și spontane.

Dacă ne referim la o personalitate neechilibrată cu starea de narcomanie (*beție rece*) sau beție (*caldă*), se pot observa anumite corelații, după cum urmează:

a) La bolnavul psihic, pot fi identificate tendințe specifice care pot fi evaluate din punct de vedere medico-legal și psihiatric [382];

b) Deficitul unor sentimente morale-sociale în cadrul personalității reflectă o intenție evidentă de a provoca prejudicii;

c) Exprimarea ostentativă a curajului în fața pericolelor și o accentuată autoafirmare în raport cu societatea, în special în perioada de după comiterea infracțiunii;

d) Imitarea sau disimularea conduitei după comiterea infracțiunii;

e) Perseverența rigidă, opoziția constantă și dificultatea de adaptare, dezvoltate în condiții sociale favorizante, în lipsa supravegherii sau în contextul unei predispoziții spre recidivă;

f) Intensificarea tendințelor maligne sau accentuarea gravității faptelor cu impact negativ asupra societății, conducând la comportamente infracționale.

Astfel, pericolul social reprezentat de infractorii cu deficiențe psihice devine evident în urma expertizelor medico-legale psihiatrice, în special atunci când se identifică psihopați și se stabilesc măsurile de siguranță medicală, potrivit legislației în vigoare.

Statutul Tribunalului Militar de la Nürnberg nu a acceptat nicio apărare care să excludă caracterul infracțional al faptelor. Ulterior, tratate internaționale precum Convenția privind genocidul (1948) [11], Convențiile de la Geneva (1949) [21] și Protocoalele adiționale (1977) [9] au menținut această excludere, respingând orice motiv de exonerare a răspunderii.

Încadrarea temei în contextul inter- și transdisciplinar al iresponsabilității penale.
Iresponsabilitatea penală a fost analizată interdisciplinar și transdisciplinar, într-un cadru sistemic ce explorează dimensiunea subiectivă a infracțiunii. Studiul a delimitat funcțional iresponsabilitatea penală și mecanismele sale de evaluare, corelându-le cu instituțiile juridice relevante. Astfel, a fost extins și aprofundat cadrul normativ privind vinovăția penală, aceasta

fiind considerată atât element al infracțiunii, cât și trăsătură definitorie a conținutului său. Aplicarea normelor penale se bazează pe delimitarea clară dintre responsabilitate și iresponsabilitate, asigurând respectarea strictă a limitelor vinovăției.

Studiul de față a vizat identificarea factorilor care influențează stările emoționale și afective în momentul comiterii infracțiunii. Dintr-o perspectivă interdisciplinară, teza analizează responsabilitatea și iresponsabilitatea penală prin integrarea elementelor din drept, psihologie judiciară, psihiatrie și criminalistică. Psihologia judiciară oferă instrumente pentru analiza comportamentului criminogen, iar dreptul limitează această analiză la normele juridico-penale. Astfel, reglementarea subiectivității contribuie la o încadrare corectă a faptelor și la aplicarea unei pedepse echitabile.

Dreptul procesual penal și psihologia judiciară se interconectează în activități precum audierea, recunoașterea, confruntarea și percheziția. Eficiența acestora depinde de aptitudinile psihologice ale organelor de urmărire penală, esențiale pentru interpretarea corectă a comportamentului uman. Cunoașterea psihologiei judiciare permite criminaliștilor să analizeze intențiile și motivațiile autorilor și victimelor, să anticipeze strategii de apărare și să identifice indicii relevante pentru stabilirea vinovăției.

În ceea ce privește tactica criminalistică, se poate afirma că procesul complex și diversificat de audiere a învinutului, raportat la vârsta și alte caracteristici ale acestuia, evidențiază necesitatea de a cunoaște întregul potențial psihologic al individului și de a înțelege toate categoriile implicate în procesul judiciar.

În același context, a fost tratată problematica iresponsabilității penale, în strânsă legătură cu starea de afect a persoanei, dar și cu situațiile legate de consumul de droguri sau băuturi alcoolice de către infractor, inclusiv în cazul infractorilor minori lipsiți de discernământ. Totodată, au fost analizate aspectele procesuale-penale privind expertiza psihologico-judiciară și psihiatrică, având ca scop stabilirea iresponsabilității și a stărilor conexe, precum și implementarea adecvată a măsurilor de constrângere medicală.

Analiza rezultatelor cercetărilor anterioare asupra temei alese, alături de justificarea necesității studiului realizat, subliniază un aspect fundamental: răspunderea penală poate fi angajată doar în cazul unei persoane responsabile, care a săvârșit o faptă infracțională cu vinovăție. Potrivit art. 22 din CP al RM [26], responsabilitatea este descrisă ca o condiție psihologică ce implică abilitatea unei persoane de a distinge și de a conștientiza consecințele negative ale propriilor fapte, precum și de a-și exercita voința și de a-și gestiona comportamentul [125].

Art. 23 din CP al RM [26] definește iresponsabilitatea ca fiind opusă responsabilității, stabilind criteriile acesteia. O persoană nu poate fi trasă la răspundere penală dacă, în momentul faptei, nu putea înțelege caracterul acțiunilor sale din cauza unei afecțiuni psihice cronice, temporare sau a altor condiții patologice similare, aflându-se astfel într-o stare de iresponsabilitate. Astfel, starea de iresponsabilitate a unei persoane poate fi evaluată în raport cu momentul comiterii infracțiunii și se bazează pe două criterii principale:

1. Criteriul medical - implică prezența unei afecțiuni psihice cronice, a unor tulburări psihice temporare sau a altor condiții patologice ce determină modificări psihice, fie în momentul comiterii faptei, fie ulterior.

2. Criteriul juridic - constă în lipsa capacității persoanei de a conștientiza natura acțiunilor sale și de a le controla.

Realizând o analiză generală a stadiului cercetărilor și valorificării institutului iresponsabilității penale, s-a evidențiat necesitatea efectuării unui studiu fundamental, integrat, corelat și interdisciplinar pe această temă în cadrul lucrării de doctorat.

Iresponsabilitatea penală a fost analizată și ca o cauză ce exclude responsabilitatea penală sau natura infracțională a faptei, subliniindu-se legăturile cu alte cauze care exclud răspunderea penală, așa cum este prevăzut în legislația penală din România și RM. Consecutiv, au fost realizate determinări și evaluări conceptuale privind noțiunea de „*persoană care suferă de afecțiuni psihice pasagere*” și „*mecanisme psihice*” ale personalității infractorului, în limitele normalului și patologicului, în corelare cu noțiunea de iresponsabilitate penală.

De asemenea, au fost analizate aspecte precum iresponsabilitatea penală în cazul persoanelor aflate sub influența afectelor, problematica iresponsabilității în contextul consumului de substanțe stupefiante sau alcool, situația minorilor și justificarea aplicării măsurilor de constrângere cu caracter medical. În acest cadru, au fost examinate procedurile referitoare la dispunerea și desfășurarea expertizelor psihologico-judiciare și psihiatrice, necesare pentru stabilirea iresponsabilității și a stărilor asociate.

Prezentarea situației în domeniul de cercetare. În cadrul cercetării s-a realizat o analiză detaliată a diverselor opinii doctrinare relevante pentru subiectul lucrării. În mod deosebit, au fost examinate cercetările unor autori din RM, țările vecine dar și din alte țări. Printre aceștia se numără: Alecu Gh., Avram M., M. Popovici, T., Cobășeanu, V. Barbacar, C., Barbăneagră, Al., Berliba Viorel, Bârgău Mihai, Borodac Alexandru, Bujor Valeriu, Carpov Trofim, Ulianovschi Gheorghe, Ulianovschi Xenofon, Berdilo R., Borodac A., Botnaru S., Șavca A., Grosu V., Grama M., Brînză S., Bujor V., C. N. Florea, C. Rusnac (**Republica Moldova**), Damir, D.,

Toader E., Dobrânoiu V., Pașcu I., Florea V., Arjuc I., I. Tănăsescu, I. Tănăsescu, C. Tănăsescu, G. Macari I., Mariș A., Nacu A., Cazacu V. Nistoreanu, G. Boroi, A. Rotari, O. Victor, Guțuleac V., Dongoroz I., Oancea S., Kahane (**România**), Kalashnik M., I. Kudreavtev, V. N. Malenin, N. S. Kuznețova, N., F., I., M. Teajkoi, Lunț D., R., Minskaia, V., S., Ceceli G., I. Tkacenko, V. I. Safuanov, F. Farber, I., M. Filanovschii, I. G. Frank, L. V. Freirov O. E. (**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. Lévasseur, Donnedieu De Vabres F. Desportes, J. Pradel, J. Wessels, F. W. Bless, etc (*alte state*).

Scopul și obiectivele tezei. Scopul tezei rezidă în realizarea unei analize juridico-penale detaliate asupra conceptului de iresponsabilitate penală din perspectivă juridico-penală, având ca punct de plecare cadrul normativ din RM și România.

Totodată, cercetarea s-a desfășurat în contextul unui set integrat de cunoștințe din următoarele domenii: psihologie, psihiatria judiciară, criminologie, procedură penală și criminalistică dar și alte discipline relevante.

De asemenea, s-a analizat iresponsabilitatea penală, ca temei de înlăturare a răspunderii și a caracterului penal al faptei, cu rol justificativ. Au fost analizate limitele dintre normal și patologic în personalitatea infractorului, precum și cazurile de afect, consum de alcool sau droguri, și minorii fără discernământ.

Scopul tezei a determinat următoarele *obiective*:

1. Analiza legislației RM și a celei internaționale privind fundamentarea instituțională a conceptului juridic de iresponsabilitate;
2. Identificarea și clarificarea corelației dintre iresponsabilitatea penală și cauzele care exclud caracterul penal al faptei, precum și interpretarea doctrinară a acestora;
3. Studiarea lucrărilor științifice publicate în RM și în alte țări, referitoare la iresponsabilitate și la responsabilitatea diminuată;
4. Definirea granițelor conceptuale dintre răspunderea penală, responsabilitate, iresponsabilitate și responsabilitate redusă în dreptul penal;
5. Analiza iresponsabilității penale în contextul consumului de droguri, de alcool sau al persoanelor minore, lipsite de discernământ, pe baza materialelor științifice internaționale și naționale;
6. Analiza circumstanțelor, indicatorilor și consecințelor iresponsabilității penale;

7. Examinarea modului de desfășurare a serviciilor de asistență psihiatrică în RM;
8. Studierea conceptului și noțiunii de responsabilitate redusă din perspectivă teoretică;
9. Analiza etapelor evaluării medico-legale psihiatrice a adulților, precum și a aspectelor procedurale penale referitoare la expertiza judiciară în cazurile de iresponsabilitate penală și responsabilitate diminuată;
10. Examinarea conduitei disimulate dintr-o perspectivă medico-legală, având în vedere tulburările de personalitate, criteriile de diagnosticare, intoxicația cu substanțe toxice, minoratul, stările afective și alte elemente relevante;
11. Formularea concluziilor și recomandărilor pentru ajustarea legislației penale, în vederea creșterii eficienței justiției penale în cazurile, penale de implicare a persoanelor iresponsabile sau cu responsabilitate redusă.

Ipoteza cercetării examinează iresponsabilitatea penală în contextul legislației din RM și România, abordând-o din perspective juridice, psihologice, psihiatrice și criminologice. Studiul evidențiază necesitatea unei aplicări coerente a normelor juridico-penale, având în vedere neclaritățile legislative actuale, ceea ce impune clarificări și ajustări pentru o interpretare mai exactă a conceptului.

Investigațiile au clarificat ipotezele științifice și au formulat concepte noi, folosind metode interdisciplinare și analiza comparativă a normelor. Studiul s-a sprijinit pe date statistice privind infracțiuni comise de persoane iresponsabile, cu discernământ redus sau afectate emoțional.

În prezenta cercetare, am formulat ipoteza conform căreia iresponsabilitatea penală înlătură răspunderea sau caracterul infracțional al faptei, având rol de cauză justificativă. Aceasta este analizată în dreptul din RM și România, din perspective juridice, psihologice, psihiatrice și criminologice. Studiul subliniază necesitatea de clarificări legislative pentru o aplicare unitară a normelor penale.

Pentru validarea ipotezei, s-a realizat un studiu empiric, bazat pe chestionare, date statistice și analiza actelor procedurale. Cercetarea a evidențiat complexitatea temei și a permis verificarea ipotezei prin metode cantitative, inclusiv sondaje și analize statistice.

Sinteza metodologiei de cercetare și justificarea metodelor selectate. Cercetarea a utilizat metode diverse, inclusiv: *metoda empirică* cercetare care a inclus examinarea practicii judiciare din România, RM și CEDO, analizând hotărâri relevante în domeniu, dar și pentru analiza diferențelor legislative din diverse state. Cercetarea se sprijină pe o bază juridică și factuală, alcătuită din: a) dispozițiile părții generale și a celei părții speciale ale CP; b) jurisprudența relevantă; c) deciziile Plenului CSJ; d) prevederile penale din legislațiile altor state;

metoda analitică în context, studiul asupra iresponsabilității penale care s-a bazat pe acte normative, *metoda sintetică* a studiului s-a bazat pe analiza reglementărilor internaționale și a experienței legislative din RM, România și din alte state, în protecția juridico-penală a persoanelor iresponsabile penal; *metoda istorică* a constat în descrierea evoluției noțiunii de iresponsabilitate penală și a cauzelor conexe ei; *metoda comparativă* care a presupus analiza suportului științific care este reprezentat de doctrina penală și extrapenală din RM, România și din alte țări (*SUA, Polonia, Belgia, Grecia, Spania, Austria, Germania, Cehia, Franța, Italia, Portugalia, Slovacia, Ungaria, Japonia, Federația Rusă, etc.*); *metoda logică* a fost realizată prin valorificarea unui ansamblu interdisciplinar de cunoștințe, reunind elemente esențiale din domenii precum psihologia, psihiatria judiciară, criminologia, procedura penală și criminalistica. Această abordare complexă a permis o înțelegere amplă și nuanțată a tematicii, reflectată în structura capitolelor prezentate în cuprinsul lucrării; *metoda statistică* prin care studiul s-a bazat pe date statistice privind infracțiunile comise de persoane fără responsabilitate penală, cu discernământ redus sau sub influența emoțiilor intense; *metoda sociologică* unde au fost utilizate observația și metoda sondajului sau anchetei, etc. Pentru determinarea afectului fiziologic, cercetarea a utilizat observația, teste cognitive și de personalitate.etc.

Prezentarea situației în domeniul de cercetare. În cadrul cercetării s-a realizat o analiză detaliată a diverselor opinii doctrinare relevante pentru subiectul lucrării. În mod deosebit, au fost examinate cercetările unor autori din RM, țările vecine dar și din alte țări. Printre aceștia se numără: A. Borodac, I. Macari, S. Brînză, X. Ulianoschi, A. Mariț, C. Florea, S. Botnaru, A. Șavga, V. Grosu, M. Grama (**Republica Moldova**), V. Dongoroz, G. Antoniu, M. Basarab, F. Streteanu, G. I. Mircea, Gh. Mateuț, L. Biro, C. Bulai, V. Pasca, C. Mitrache, T. Toader V. Papadopol, M. Apetrei, I. Pascu, C. Drimer, C. Butiuc, A. Boroii, A. Dineu, V. Dobrinioiu, I. Dobrinescu, Șt. Daneș, J. Grigoraș, G. Râpeanu, O. Loghin, A. Filipaș, Gh. 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 (**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, (*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. Levasseur, Donnedieu De Vabres F. Desportes, J. Pradel, J. Wessels, F.

W. Bless, (*alte state*) etc. Expunerile acestor autori merită și au fost luate în considerație la studiul și cercetarea realizată de către noi. Chiar și opiniile pe care nu tot timpul și întru-totul le împărtășim în lucrare, cu toate acestea noi apreciem că studiile și cercetările sunt insuficiente și s-a necesitat nevoia unui stiuu mplu și extins pe subiectul dat. În lucrarea dată nem propus să expunem neajunsurile și completările necesare, să încercăm să elaborăm unele recomandări de natură a justifica dezvoltarea conținutului și esenței iresponsabilității penale.

Noutatea științifică soluționată și originalitatea rezultatelor. Studiul a clarificat conceptul de iresponsabilitate penală, evidențiind lacune legislative, expunând unele abordări prin jurisprudența CtEDO, dar și dificultăți în separarea față de responsabilitatea redusă, propunând soluții practice. Totodată, au fost stabilite limitele noțiunii în raport cu infractorul, analizând diferențele dintre normalitate și patologie, stările de afect, consumul de alcool sau droguri și situația minorilor fără discernământ.

Printre rezultatele științifice obținute în urma cercetărilor desfășurate, care includ noutăți științifice semnificative, se află soluționarea unei probleme științifice majore, de importanță actuală, ce a condus la formularea următoarelor viziuni.

Problema științifică importantă se fundamentează pe următoarele teze:

- a) Este necesar să se includă, în legislația penală a RM, instituția cauzelor de neimputabilitate, având în vedere ajustarea legislației penale naționale în concordanță cu reglementările Uniunii Europene (*ex. Italia, Spania, Germania, Franța, Belgia, etc.*). Se recomandă reglementarea a trei motive care înlătură responsabilitatea: lipsa discernământului, intoxicația alcoolică și vârsta minoră, acestea fiind clasificate drept cauze de neimputabilitate.
- b) Responsabilitatea penală trebuie evaluată în raport cu diferite tipuri de infracțiuni, inclusiv cele comise în stare de ebrietate, în stare de afect sau nepenalizarea cauzelor care implică persoane cu grave deficiențe psihice.
- c) CP al RM [26] nu stabilește în mod adecvat dispozițiile privind internarea forțată pentru tratament până la remiterea stării psihotice, rezolvând ulterior chestiunea privind stabilirea responsabilității sau iresponsabilității persoanelor care au dobândit o afecțiune psihică ulterior săvârșirii infracțiunii.
- d) Este important să se stabilească nu doar tipul afectului (*fiziologic sau patologic*), ci și să se distingă de alte tulburări psihice sau reacții emoționale fără impact asupra comportamentului. Evaluarea trebuie raportată la particularitățile psiho-individuale și reacțiile subiectului la momentul faptei, inclusiv la comportamentul post-afectiv, uneori

similar cu iresponsabilitatea.

- e) Frecvent, persoanele aflate în astfel de situații sunt supuse unor evaluări psihiatrice legale și sunt ținute în arest pentru perioade îndelungate, în așteptarea unei decizii judiciare privind eliberarea lor și trimiterea la tratament. Aceasta constituie o încălcare a articolului 3 din Convenția Europeană a Drepturilor Omului (*CEDO*).
- f) Legislația procesuală-penală actuală, care prevede cercetarea cazurilor de fapte comise de persoane recunoscute iresponsabile penal și aplicarea de măsuri de constrângere medicală, nu reglementează suficient anumite aspecte, ceea ce duce la încălcarea art. 7 din *CEDO*.
- g) Este recomandată reglementarea problemelor legate de răspunderea penală în anumite cazuri, prin introducerea în legislația penală a dispozițiilor privind înlăturarea răspunderii penale, în mod special în situațiile de intoxicație involuntară totală.
- h) Este necesară stabilirea unor prevederi care să excludă aplicabilitatea normelor de drept penal pentru persoanele aflate în stare de iresponsabilitate din cauza influenței alcoolului. Așadar, aceasta reprezintă o stare alterată a conștiinței, care duce la săvârșirea unor infracțiuni.
- i) Cazurile cu persoane cu anomalii psihice ridică probleme procedurale ce impun o abordare specifică. Sunt necesare investigații suplimentare privind iresponsabilitatea penală, expertiza psihologică și analiza normelor internaționale.

Importanța teoretică și valoarea aplicativă a lucrării. Lucrarea conturează un cadru clar al iresponsabilității penale, evidențiind rolul și efectele acesteia asupra răspunderii penale. Rezultatele pot ghida evaluarea iresponsabilității în funcție de tipologia infractorilor și sprijină îmbunătățirea măsurilor de prevenire și reintegrare a persoanelor cu deficiențe psihice.

La rândul său lucrarea poate constitui un suport științifico-practic studenților, masteranzilor în procesul de studiu la specialitățile de drept. Iar recomandările pot fi utile pentru organele judiciare.

Semnificația teoretică a tezei. Lucrarea prezintă o analiză teoretico-științifică importantă pentru doctrina penală, subliniind necesitatea unei abordări interdisciplinare a iresponsabilității. Rezultatele oferă repere pentru evaluarea corectă a conceptului raportat la diferite categorii de infractori și susțin prevenirea și reintegrarea socială. Studiul îmbină teoria cu practica și reprezintă un aport valoros pentru literatura de specialitate, națională și internațională.

Din punct de vedere practic, lucrarea de față poate contribui semnificativ în activitatea celor responsabili de aplicarea legii penale, prin îmbunătățirea aprecierii persoanelor care

săvârșesc infracțiuni în condiții de iresponsabilitate penală.

Lucrarea aduce o contribuție importantă în doctrina penală, subliniind necesitatea abordării interdisciplinare a iresponsabilității penale. Rezultatele oferă un ghid util în evaluarea corectă a conceptului raportat la diferite tipuri de infractori și sprijină prevenirea și reintegrarea socială. Studiul îmbină teoria cu practica și reprezintă un suport valoros pentru literatura de specialitate, națională și internațională.

Aprobarea rezultatelor. Rezultatele lucrării reprezintă un reper important pentru educație și practica juridică, oferind o analiză relevantă a personalității infractorului.

Conceptele și concluziile tezei au fost publicate în lucrări științifice, unele dintre ele fiind prezentate în conferințe naționale și internaționale, precum și în reuniunile Catedrei de Drept Public din ULIM între anii 2012 și 2021. La tema tezei sunt publicate 12 lucrări.

Sumarul compartimentelor tezei. Teza este expusă pe 154 pagini text de bază, fiind constituită din: introducere, trei capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografia din 382 de titluri, anexe, declarația privind asumarea răspunderii, CV-ul autorului.

Capitolul 1. „Analiza studiilor științifice și a legislației penale cu privire la responsabilitatea/iresponsabilitatea penală” prezintă opiniile doctrinare relevante, incluzând studiile unor autori din RM, România, Franța, Federația Rusă și Ucraina, precum ar fi S. Botnaru, A. Șavga, V. Grosu și M. Grama, asupra responsabilității și iresponsabilității penale, precum și analiza legislației naționale și internaționale privind iresponsabilitatea penală. Se examinează literatura juridico-penală din diverse țări, care stabilește rolul noțiunilor referitoare la iresponsabilitatea penală și responsabilitatea redusă. După numeroase dezbateri teoretice și aplicative, iresponsabilitatea penală a fost recunoscută ca exoneratoare de răspunderea penală, iar responsabilitatea redusă a fost adoptată legislativ în anumite state, cu unele excepții.

În **capitolul 2. „Caracteristica generală a responsabilității/iresponsabilității penale”** se abordează responsabilitatea, iresponsabilitatea și responsabilitatea redusă în Dreptul Penal; limitele dintre iresponsabilitate și responsabilitate, precum și cauzele care elimină responsabilitatea penală.

Capitolul include investigații complexe privind iresponsabilitatea penală și evoluția reglementării acesteia, coraportul dintre cauzele care înlătură caracterul penal al faptei versus cauzele justificative conform legislației penale din România și RM; legătura dintre iresponsabilitatea penală și alte cauze care elimină caracterul penal al faptei; noțiunea, definițiile și particularitățile iresponsabilității penale; condițiile și criteriile de evaluare a iresponsabilității penale; problema săvârșirii contravențiilor în stare de iresponsabilitate; aspecte comparative

privind iresponsabilitatea penală în alte state. De asemenea, se reflectă asupra relației dintre responsabilitatea socială și juridică, iar conceptul de responsabilitate redusă este analizat în contextul legislației din RM. Se interpretează și corelează stările de iresponsabilitate cu alte cauze exoneratoare de răspunderea penală, analizându-se noțiunile și criteriile de determinare a iresponsabilității penale.

În *capitolul 3. „Limitele proprii și modalitățile de evaluare a iresponsabilității penale”* se analizează relația dintre responsabilitatea penală și stările de afect, evidențiind cazurile în care iresponsabilitatea exclude pedeapsa, inclusiv alienarea ulterioară infracțiunii. Capitolul abordează subiecte de bază cu privire la infracțiunile comise sub influența alcoolului sau drogurilor sau în stare de afect; temeiurile care justifică impunerea măsurilor de constrângere de natură medicală; aspecte procesuale-penale privind expertiza psihologico-judiciară și psihiatrică; consecințele constatării iresponsabilității penale și temeiurile pentru aplicarea măsurilor de constrângere medicală; minorul și iresponsabilitatea penală etc.

Concluziile generale și recomandările lucrării sintetizează rezultatele cercetării și principalele contribuții ale lucrării.

1. ANALIZA STUDIILOR ȘTIINȚIFICE ȘI A LEGISLAȚIEI PENALE CU PRIVIRE LA RESPONSABILITATEA/IRESPONSABILITATEA PENALĂ

1.1. Analiza studiilor științifice privind clarificarea conceptuală a iresponsabilității penale, publicate în Republica Moldova și România

Iresponsabilitatea provine de la termenul latin „*in respondere*”, care înseamnă „*a nu răspunde*”. Acest termen descrie starea în care o persoană nu poate să înțeleagă sau să controleze propriile acțiuni care, de altfel, sunt urmări ale unor afecțiuni psihice de durată sau ale unor deficiențe mentale de natură temporară. Iresponsabilitatea penală este o cauză ce împiedică considerarea unei fapte ca infracțiune, fiind un factor esențial în mecanismul stabilirii legale sau doctrinare a răspunderii penale. Astfel, aceasta impune o abordare diferențiată în evaluarea faptei respective.

Iresponsabilitatea penală reprezintă starea unei persoane incapabile să perceapă natura, semnificația și impactul social, moral și juridic al propriilor acțiuni, sau din motivul unei incapacități psiho-fizice. Aceasta include atât incapacitatea de a înțelege consecințele propriilor acțiuni, cât și imposibilitatea de a-și controla sau dirija voința în raport cu faptele comise, în special atunci când persoana se află într-o stare psihologică alterată, provocată de o boală mintală cronică, o tulburare psihică temporară sau o altă afecțiune patologică, care o face incapabilă să conștientizeze sau să controleze acțiunile sale.

Iresponsabilitatea penală și criteriile sale sunt reglementate de normele dreptului penal, iar acestea constituie baza pentru exonerarea unei persoane de răspunderea penală, chiar dacă a comis o faptă prejudiciabilă sau social periculoasă, în cazul în care circumstanțele iresponsabilității sunt dovedite.

Legislația penală a RM a adoptat un criteriu biopsihologic pentru a defini iresponsabilitatea, ceea ce înseamnă că nu este suficient doar să fie stabilită prezența unei tulburări psihice pentru a concluziona iresponsabilitatea, ci este esențial ca acea afecțiune să fi eliminat capacitatea de voință și înțelegere a persoanei respective. Iresponsabilitatea penală a unei persoane este evaluată în momentul comiterii infracțiunii. Recunoașterea stării de iresponsabilitate este un factor juridic, și doar instanța de judecată poate declara o persoană iresponsabilă. Iresponsabilitatea se bazează pe două criterii: ***criteriul medical***, care presupune existența unei boli psihice de lungă durată, a unei dereglări mentale tranzitorii sau a altor condiții psihopatologice asociate unor modificări psihice, alături de un ***criteriu juridic*** ce vizează lipsa

capacității de a conștientiza și de a exercita control asupra propriilor acțiuni.

Iresponsabilitatea penală reprezintă un motiv care înlătură natura infracțională a faptei și care nu trebuie confundat cu alte circumstanțe exonatorii care conduc la liberarea de răspunderea penală sau de pedeapsa penală, nici cu înlăturarea responsabilității juridico-penale sau a consecințelor sentinței de condamnare. Deși unele trăiri afective sau emoționale pot doar să atenueze responsabilitatea juridico-penală, iresponsabilitatea penală nu are același efect. În continuare, vor fi discutate opinii ale autorilor naționali și internaționali care s-au exprimat asupra conceptului de iresponsabilitate penală, dar și asupra responsabilității, responsabilității reduse, stării de afect și a altor stări afective, corelate cu aceasta.

În alte lucrări de specialitate, unii autori [79] reafirmă, în mod motivat, viziuni similare referitoare la evoluția și legitimitatea cauzelor care elimină caracterul penal al faptei, incluzând și iresponsabilitatea penală. În aceeași lucrare, se face o corelație între responsabilitatea, ca premisă a vinovăției penale, și, *per a contrario*, iresponsabilitatea, în contextul altor cazuri care elimină caracterul infracțional al faptei.

Într-unul din studiile citate de colectivul de autori [Barbăneagră Alexei, Berliba Viorel, Bârgău Mihai, Borodac Alexandru, Bujor Valeriu, Carpov Trofim, Ulianovschi Gheorghe, Ulianovschi Xenofon; "CP al RM, Comentariul", Editura „ARC”, Chișinău 2003, 835 p. 111] [80], se pune accent pe faptul că iresponsabilitatea penală reprezintă o cauză de excludere a caracterului infracțional al faptei. Prin urmare, dacă o persoană se află într-o astfel de stare, nu poate fi considerată vinovată, deoarece îi lipsește un element fundamental al infracțiunii vinovăția.

Autorul Ivan Macari, referindu-se la motivele care exclud natura infracțională a faptei, evidențiază că teoretic acestea se împart în două categorii. Prima categorie include cauzele care indică lipsa semnelor infracțiunii, iar, în opinia sa și a autorului menționat, starea de iresponsabilitate penală face parte din aceasta... A doua categorie cuprinde cauzele care, deși includ elementele unei infracțiuni, sunt legale și prevăzute de lege, chiar și atunci când sunt însoțite de cauze care generează o daună [Macari Iv., „Dreptul penal al Republicii Moldova. Partea generală”, Chișinău, Centrul Ed. al USM, 2002, p. 228 (398 p.)] [175].

Într-o lucrare anterioară realizată de unii autori [91], se analizează responsabilitatea penală în raport cu faptele bazate pe vinovăție, evidențiind capacitatea persoanei de a le controla conștient. În același context, în accepțiunea unor autori [92/1, p.38-39], discută despre vinovăție și formele acesteia, ca element subiectiv distinct în procesul de calificare sau încadrare juridică, realizată de autoritățile competente, subliniind că starea de iresponsabilitate a persoanei

reprezintă premisa pentru excluderea vinovăției.

Un colectiv faimos de autori de la USM [98, p. 181] accentuează în lucrarea menționată că o faptă săvârșită de o persoană are caracter penal doar dacă îndeplinește trăsăturile esențiale prevăzute de lege pentru a fi considerată infracțiune și poate fi încadrată într-una dintre dispozițiile normelor părții speciale a CP [26]. În acest context, se constată corect că lipsa vinovăției penale, ca element al infracțiunii, conduce la inexistența infracțiunii, care este complet exclusă atunci când este prezentă iresponsabilitatea penală.

Ulianoschi Gh. [Ulianoschi Gh., în studiul său monografic „Infracțiuni care împiedică înfăptuirea justiției”. – Chișinău: Garuda-Art, 1999] [247] analizează aspecte esențiale legate de vinovăția penală, subliniind, că aceasta reprezintă o premisă fundamentală pentru stabilirea responsabilității, iar, prin contrast, iresponsabilitatea penală se află într-o relație de excludere cu aceasta.

În mod similar, autorul de renume Florea C. [C.N. Florea, „Vinovăția și pedeapsa penală”, Ed. “Cartea moldovenească”, Chișinău 1987] [155] definește vinovăția ca atitudinea psihologică a persoanei față de rezultatele acțiunilor sale și caracterul ilegal al faptei comise, fără a specifica dacă o faptă intenționată poate fi premeditată sau spontană. El susține că vinovăția va lipsi în cazul iresponsabilității penale sau al unor afecțiuni psihice care exclud răspunderea penală.

În “*Comentariul Codului penal al Republicii Moldova*” din 1 august 2010, sub coordonarea experților naționali Valeriu Bujor și Victor Guțuleac, se apreciază iresponsabilitatea penală în conformitate cu art. 23 din CP al RM [26], fiind definită ca situația în care persoana, la momentul comiterii faptei, nu putea înțelege sau controla acțiunile sale din motivul unei afecțiuni psihice de lungă durată, a unei tulburări mentale de natură temporară sau a altor afecțiuni psihice. În acest context, persoana nu va răspunde penal, iar măsurile de natură medicală, stipulate de lege, pot fi aplicate prin decizia unei autorități judiciare. Conform acestei definiții, iresponsabilitatea penală se bazează pe două criterii: *criteriul medical* și *criteriul juridic*. Criteriul biologic se referă la evaluarea stării mentale a individului în raport cu norma biologică, iar o persoană este considerată „*nebună*” doar în cazul în care starea sa mentală este marcată de patologii psihice [112, p.113].

Criteriul medical este compus din următoarele elemente:

1. Maladii mintale cronice, cum ar fi schizofrenia, epilepsia, psihoza maniaco-depresivă, bolile sifilitice ale creierului etc. Aceste afecțiuni se caracterizează printr-un curs îndelungat, cu agravarea simptomelor și progresia bolii, deși pot exista perioade de îmbunătățire temporară a

stării pacientului.

2. Tulburări psihice temporare, cum ar fi stările reactive, psihozele alcoolice, intoxicațiile patologice, afecțiunile patologice etc.

3. Alte afecțiuni psihice, cum ar fi fenomenele delirante și halucinatorii, cauzate de o boală infecțioasă gravă.

Pentru a stabili iresponsabilitatea unei persoane care a comis o faptă periculoasă din punct de vedere social, este esențial, mai întâi, să se verifice dacă aceasta prezintă una dintre formele de tulburare psihică menționate anterior.

În acest context, autorii sunt de opinia că legiuitorul trebuie să ia în calcul elementele care formează criteriul medical și anume demența, care implică oligofrenia congenitală. Oligofrenia congenitală care se divide în trei grade: *debilitatea (grad ușor)*, *imbecilitatea (grad mediu)* și *idioția (grad sever)*; *demența senilă* și *demența provocată* de leziuni infecțioase ale creierului. Demența în stadiul de imbecilitate justifică întotdeauna recunoașterea nebuniei. Consecutiv, debilitatea în formă ușoară nu exclude sănătatea mentală care are legătură cu săvârșirea unor infracțiuni, cum ar fi cele îndreptate împotriva integrității persoanei sau a bunurilor.

Autorii Valeriu Bujor și Victor Guțuleac, în lucrarea citată [112, p.13], susțin că în categoria persoanelor considerate mental sănătoase sunt incluse și acelea care, deși au anumite deficiențe psihice, rămân conștiente de propriile acțiuni capabile să le controleze, cum ar fi în cazurile de psihopatie în diferite forme, demență ușoară sau alcoolism cronic.

Astfel de persoane pot demonstra semne de sănătate mintală, însă au o capacitate limitată de a înțelege natura și semnificația socială a acțiunilor lor și de a le gestiona, iar volitivitatea le este slăbită. Aceste tulburări psihice pot influența considerabil comportamentul lor respectivi indivizi, îngreunându-le adaptarea socială. Din perspectiva juridică și penală, ar fi nedrept să se aplice aceleași criterii pentru persoanele cu astfel de condiții și pentru cele complet sănătoase din punct de vedere mintal. În literatura de specialitate, această situație este denumită „*capacitate psihică diminuată*” sau „*responsabilitate afectată parțial*”.

Sănătatea mentală limitată este considerată o componentă a sănătății mentale și nu o stare tranzitorie între aceasta și iresponsabilitatea. Iresponsabilitatea limitată se referă la capacitatea persoanei de a acționa conștient și de a-și controla acțiunile în momentul săvârșirii infracțiunii, însă această capacitate este diminuată din cauza unei afecțiuni psihice. Astfel, sănătatea mentală limitată sau iresponsabilitatea redusă este un tip de stare mentală în care persoana, în momentul comiterii unei infracțiuni, nu poate să-și înțeleagă pe deplin acțiunile și nici să le controleze, din

motivul unei tulburări mentale care îi limitează abilitățile intelectuale și volitive. Pentru a înțelege mai bine acest concept, este necesar să analizăm prevederile art. 23¹ privind responsabilitatea redusă din CP al RM [26], care definește sănătatea mentală ca fiind capacitatea unei persoane de a percepe natura dăunătoare a acțiunii sale și de a-și manifesta voința și a-și controla acțiunile.

Responsabilitatea redusă reprezintă o instituție a dreptului penal care nu a fost reglementată în legislația penală a Republicii Moldova până în 2009, deși necesitatea introducerii acesteia a fost recunoscută de avocați și psihiatri încă din anii 1920. Această formă de responsabilitate penală este reglementată în legislațiile altor țări precum Danemarca, Italia, Finlanda, Germania, Elveția, Japonia, Ucraina, Rusia și altele. De asemenea, V. Bujor, în una din lucrările sale [Bujor V., Buga L., Drept penal comparat: partea generală. Note de curs. Chișinău: Universitatea de Criminologie, 2003, p. 12-15] [114], analizează și propune câteva aspecte importante din perspectiva abordării doctrinare și a studiilor comparative privind noțiunea și esența iresponsabilității penale, oferind referințe utile pentru legiuitorul național.

Conform autorului A. Mariț [179, p.94], trăsătura social-psihologică a responsabilității se manifestă prin deținerea de către persoană a anumitor calități volitive și trăsături emoționale specifice caracterului său. Aspectele respective sunt esențiale în evaluarea stării patologice a individului și trebuie luate în considerare atunci când se determină responsabilitatea acestuia [13]. Responsabilitatea trebuie să fie prezentă în momentul săvârșirii faptei de către infractor. În lipsa acesteia, nu se va putea discuta despre vinovăția penală ca element constitutiv asupra infracțiunii, deoarece o persoană lipsită de responsabilitate nu poate avea culpabilitate. Autorul menționat subliniază, iar noi suntem de acord cu el, că există o legătură strânsă între responsabilitate și vinovăție, responsabilitatea fiind premisa vinovăției [179]. Prin urmare, analizând lucrările anterioare, se poate concluziona că responsabilitatea reprezintă un ansamblu de trăsături pe care o persoană trebuie să le dețină în momentul săvârșirii unei infracțiuni pentru ca aceasta să îi poată fi atribuită. Lipsa acestor trăsături determină iresponsabilitatea.

Cercetătorul Grosu V., în Teza sa de doctorat intitulată „*Problematica răspunderii penale, a persoanelor juridice și a altor subiecte colective de drept*” (studierea situației din perspectiva dreptului comparat) [307] examinează elementele subiective ale răspunderii penale în raport cu persoanele juridice. Analiza include și sfera persoanelor juridice care pot răspunde penal. Respectiv, Grosu V. examinează condițiile fundamentale pentru angajarea răspunderii penale, atât în dreptul romano-germanic, cât și în sistemul *common law*, precum și exonerările de răspundere și sancțiunile aplicabile persoanelor juridice, detaliind procedurile legale pentru

sanționarea acestora și considerentele privind răspunderea penală în dreptul european.

Autorul D. Baltag, în lucrarea sa „*Teoria răspunderii și responsabilității juridice*” [64], afirmă că o persoană responsabilă își asumă consecințele propriilor acțiuni, inclusiv în situațiile în care acestea nu sunt determinate de o normă juridică, un ordin sau o lege. În același timp, un subiect de drept responsabil are datoria de a respecta normele juridice, care sunt distincte prin caracterul lor de cele sociale, în funcție de gradul de obligativitate. Referitor la răspunderea penală, autorul o consideră o formă a răspunderii juridice ce intervine ca urmare a comiterii unei fapte interzise de legea penală. Fiecare persoană, dotată cu rațiune și voință, este obligată să nu încalce legea penală și să aleagă comportamentul adecvat.

În acest fel, autorii A. Nacu și Al. Nacu susțin că responsabilitatea constituie ansamblul trăsăturilor psihologice specifice ale individului, care îl fac să înțeleagă necesitatea și autonomia în luarea deciziilor, în conformitate cu legile obiective ale evoluției societății, precum și capacitatea de a evalua repercusiunile acestora. Aceasta intervine doar atunci când individul acționează în mod contrar acestei unități [188, p. 29]. Prin urmare, responsabilitatea este un atribut al persoanei, dar și al colectivității, care s-a format și a evoluat pe parcursul dezvoltării ontogenetice, concomitent cu formarea și dezvoltarea relațiilor interpersonale, precum și a societății și relațiilor sociale. Conform autorilor citați, această calitate va continua să se perfecționeze în mod continuu [188, p. 29]. Responsabilitatea reprezintă o premisă a infracțiunii, fiind un factor volitiv și intelectual necesar pentru existența vinovăției.

Un alt set de argumente științifice în acest sens a fost formulat sub coordonarea autorului A. Barbacar [77]. Prin urmare, componenta intelectuală vizează abilitatea individului de a percepe natura și consecințele prejudiciabile ale propriilor fapte, în timp ce componenta volitivă, conform autorilor, se referă la aptitudinea acestuia de a-și manifesta voința și de a-și exercita controlul asupra propriului comportament. Lipsa unuia dintre acești factori duce la inexistența responsabilității și, implicit, la starea de iresponsabilitate [36, p. 81]. În cadrul noțiunii de iresponsabilitate prevăzute de art. 23 CP RM [26], factorii intelectual și volitiv sunt separați prin conjuncția „sau”: „(...) *persoana nu era capabilă să conștientizeze propriile acțiuni sau să le controleze*” [26]. Astfel, conform autorului A. Mariț, persoana va fi considerată iresponsabilă atât atunci când nu putea înțelege acțiunile sale, cât și atunci când, deși conștientiza natura socială a faptei, nu avea capacitatea de a-și dirija acțiunile [42]. Art. 23 din CP al RM [26] caracterizează iresponsabilitatea ca o condiție psihologică contrară responsabilității, specificând condițiile care o definesc. Astfel, o persoană aflată într-o asemenea stare în momentul comiterii unei fapte prejudiciabile nu poate fi trasă la răspundere penală. Mai exact, indivizii care nu pot

înțelege ori controla propriile acțiuni din cauza unor afecțiuni psihice cronice, deficiențele mentale temporare sau alte condiții patologice similare sunt exonerati de răspundere penală. Potrivit prevederilor alin. (2) al aceluiași articol, o persoană care, deși a săvârșit infracțiunea având discernământ, a dezvoltat ulterior o boală psihică ce i-a afectat capacitatea de a-și înțelege sau controla acțiunile, nu poate fi trasă la răspundere penală. Totuși, dacă boala psihică apare după comiterea faptei, aceasta nu exonerează persoana de răspundere penală, ci poate determina aplicarea unor intervenții restrictive de natură medicală. După finalizarea tratamentului, individul poate fi supus pedepsei penale, cu condiția ca termenul de prescripție să nu fi expirat și să nu existe alte temeiuri pentru exonerarea de răspundere și pedeapsă [80, p. 80].

Boala mintală cronică este considerată o afecțiune psihică de lungă durată, care, în urma tratamentului sau din alte motive, nu dispare complet sau dispare parțial, dar nu definitiv. CP al RM [26] reglementează o astfel de responsabilitate intermediară în cadrul art. 231, iar responsabilitatea redusă este recunoscută ca o circumstanță atenuantă în stabilirea pedepsei, conform articolului 76 alin. (1) lit. d) din același cod [80, p. 80]. În contextul responsabilității reduse în legislația RM, se constată că CP al RM [26] a fost supus unor modificări semnificative, inițiate de Ministerul Justiției. Aceste modificări au avut ca obiectiv principal armonizarea legislației naționale la standardele internaționale aplicabile în acest domeniu [97, p.93-96]. O modificare esențială a fost introducerea instituției responsabilității penale reduse, reglementată de art. 231, prin Legea nr. 277 din 18.12.2008 pentru revizuirea și actualizarea CP al RM [26], act normativ publicat în MO nr. 41-44 (art. 120) din 24 februarie 2009. CP al RM [26] a fost adoptat prin Legea nr. 985 din 18 aprilie 2002 și publicat în MO nr.128-129 din 13 septembrie 2002, prevede la art. 231 următoarele: o care a comis o infracțiune din cauza sau din motivul unei afecțiuni psihice, confirmată printr-o expertiză medicală realizată conform procedurilor legale, poate avea discernământul și capacitatea de control asupra faptelor sale afectate. Într-o astfel de situație, persoana nu este complet exonerată de responsabilitate penală, însă i se poate aplica o responsabilitate juridico-penală de tip redus. Astfel, autoritatea judecătorească, în determinarea sancțiunii sau a măsurilor de protecție, va lua în considerare tulburarea psihică existentă, dar aceasta nu va exclude răspunderea penală. Responsabilitatea limitată este un concept legislativ recent introdus în legislația RM, însă acest lucru nu înseamnă că aplicarea acestuia nu a fost posibilă până în prezent. Este relevant de menționat că instanțele de judecată au ținut cont și anterior de posibilitatea, deși limitată, ca o persoană să conștientizeze caracterul dăunător al acțiunilor sale și să prevadă eventualele consecințe care ar putea rezulta din comiterea acestora [97, p.93-96]. Legislația penală din alte state, cum ar fi Germania, Federația

Rusă și Polonia, recunoaște o stare ranzitorie între responsabilitate și iresponsabilitate, denumită responsabilitate parțială sau redusă. Aceasta se bazează pe o tulburare psihică care împiedică persoana să înțeleagă pe deplin natura și gravitatea prejudiciului cauzat de acțiunile sau inacțiunile sale sau să le controleze. Deși aceste tulburări psihice nu elimină responsabilitatea, ele pot constitui un temei pentru aplicarea unei pedepse mai ușoare sau pentru impunerea de intervenții restrictive de natură medicală în cazul persoanelor care comit fapte prevăzute de legea penală. Prin urmare, responsabilitatea penală limitată reprezintă un concept care, din perspectiva tacticii, se situează între responsabilitate și iresponsabilitate. Cu toate acestea, în opinia noastră, acest aspect nu este reglementat în mod complet și corespunzător în cadrul legislativ. Responsabilitatea penală redusă sau limitată este reglementată în numeroase coduri penale ale unor state contemporane, fiecare având propriile prevederi specifice în acest sens (*CP al Franței, CP al Elveției, CP al Italiei, CP al Ucrainei, CP al Japoniei, CP al Danemarcei etc.*). Revizuirea și adaptarea CP al RM [26] în acest sens au fost realizate ca urmare a recomandărilor din partea Consiliului Europei și a alinierii legislației penale naționale la standardele Uniunii Europene [66, p. 187].

O distincție majoră între responsabilitatea „totală” și cea „redușă” este că legea prevede în mod expres posibilitatea de a aplica măsuri de constrângere de natură medicală.

Majoritatea cercetătorilor, juriștilor și psihiatrilor declară că persistă în lume un grup de criminali care suferă de anomalii psihice. Mulți autori susțin că aceste persoane comit infracțiuni într-o stare de responsabilitate redusă. Discuțiile privind responsabilitatea redusă continuă să fie un subiect de dispută pentru cercetători. În literatura de specialitate europeană, dezbaterile pe acest subiect au început acum 150 de ani, respectiv legislația penală abordează problema în moduri diferite. Reglementările CP al Elveției [49] reflectă în mod detaliat aceste aspecte, stabilind responsabilitatea redusă atunci când se constată tulburări psihice sau ale conștiinței. În cazul unor astfel de persoane, instanțele de judecată pot reduce pedeapsa. Judecătorul, pe baza concluziilor unui expert, are dreptul de a dispune internarea în spital a vinovatului pentru a evalua dacă acesta reprezintă un pericol pentru securitatea socială, dar pentru ordinea publică, având posibilitatea de a decide internarea într-un spital a persoanei cu responsabilitate redusă. Particularitățile generale expuse prin definirea conceptului de responsabilitate de frontieră, cu părere de rău, nu reflectă specificul juridic al răspunderii penale, acesta include aspecte precum individualizarea în cazul infracțiunilor comise în grup, aplicarea pedepselor, tipurilor de regimuri sau posibilitatea aplicării măsurilor de constrângere cu caracter medical. Potrivit autorului A. Mariș, responsabilitatea de frontieră ar trebui inclusă în legislația penală, deoarece este o

categorie distinctă a dreptului penal [179, p. 164].

Potrivit autorilor Al. Nacu și A. Nacu, discernământul reprezintă abilitatea minorului de a înțelege acțiunile sau inacțiunile sale și impactul lor periculos asupra societății, precum și de a-și controla voința în legătură cu acele acțiuni sau inacțiuni. Astfel, rolul esențial al expertizei medico-legale psihiatrice este de a evalua tulburările de discernământ și conștiință ale persoanei examinate. În acest context, este esențial să se stabilească dacă infracțiunea comisă rezultă din tulburări psihice, adică în ce măsură inculpatul poate înțelege faptele săvârșite, iar toate aceste aspecte sunt incluse în noțiunea de responsabilitate [188, p. 27].

Iresponsabilitatea sau alienația mintală trebuie diferențiată de arierația minorilor, deoarece aceasta limitează semnificativ abilitatea lor de a percepe semnificația propriilor fapte. Pentru a stabili arierația persoanei acuzate, autoritățile de urmărire penală și au obligația să solicite efectuarea unei expertize realizate de experți în domeniul psihologiei sau de un expert în psihiatrie, conform practicii instanțelor judecătorești în cazurile de infracțiuni comise de minori (*HP al CSJ, nr. 37 din 12 noiembrie 1997*).

În funcție de gradul de deficiență mintală și de gravitatea infracțiunii comise, minorul poate fi scutit de răspunderea penală, conform art. 54 din CP al RM [26], iar, în baza art. 104 din același cod, sunt prevăzute măsuri de constrângere educativă sau internarea într-o instituție dedicată educației și reabilitării, sau într-o instituție de tratament și reabilitare.

O altă lucrare semnificativă în cercetarea tezei de doctorat, publicată în RM, este cea semnată de autorii V. Florea și I. Arjuc [157]. Aceștia subliniază, în contextul legislației și practicii judiciare, importanța reglementării din legislația penală română, care prevede că minorul între 14 - 16 ani, persoana va răspunde penal doar în cazul în care se demonstrează că a săvârșit fapta cu discernământ. [133, p. 21]. Astfel, dacă un minor comite o infracțiune și se stabilește că a acționat cu discernământ, iar ulterior săvârșește o nouă infracțiune, discernământul va trebui dovedit și în cazul acelei fapte. Autorii concretizează opinia conform căreia, având în vedere vârsta minimă de 14 ani stabilită prin lege, se presupune că făptuitorul a acționat cu discernământ de la împlinirea acestei vârste. În acest context, devine relevantă și lucrarea autorului X. Ulianovschi [237, p. 10], care nu este de acord cu opinia exprimată de autorii Florea și Arjuc. Concluzia acestuia este că nu se poate considera că dispozițiile legale referitoare la vârsta făptuitorului sunt abrogate doar pentru că legiuitorul se referă la infracțiunile comise de minorii între 14 și 18 ani (*Anexa 1.13. Ordonanță privind dispunerea expertizei medico-judiciare pentru stabilirea vârstei*).

De asemenea, nu a existat niciun factor legat de dezvoltarea lor fizică și psihică care să îi

determine să conștientizeze faptele penale comise. Viața socială devine tot mai complexă, iar pentru a putea răspunde penal, este necesară și o anumită experiență socială, susține X. Ulianovschi [247, p. 10].

O problemă specifică legată de iresponsabilitate a fost considerată cea a afectului, o chestiune complexă nu doar în teoria dreptului penal, ci și în domenii precum psihologia, psihofiziologia, pedagogia etc. Nu se poate stabili răspunderea penală sau defini limitele acesteia fără a fi susținută de argumente psihologice, subliniază autorul [77, p. 53].

În această stare, psihicul persoanei este dezechilibrat, ieșind din starea sa obișnuită, iar individul nu mai este capabil să înțeleagă semnificația unor valori sau să aprecieze corect gradul de pericol social al acestora. Conform autorului M. Avram, persoana nu mai poate percepe ce este infracțional și ce nu este [61, p. 59]. În acest context, trebuie făcută o distincție între starea de afect fiziologic, în care persoana își păstrează responsabilitatea pentru faptele sale, și starea de afect patologic, când persoana suferă o tulburare psihică gravă de scurtă durată, care afectează profund conștiința. Conform autorului C. Barbacar [77, p. 35], în cazul afectului patologic, conștiința persoanei este complet obstrucționată, iar capacitatea de a controla și conștientiza acțiunile sale dispare. Această stare se caracterizează printr-o întunecare și îngustare totală a conștiinței, care paralizează atât voința, cât și direcția acțiunilor sale, care devin automate și lipsite de sens [50, p. 35].

Atunci când o persoană este considerată iresponsabilă, aceasta poate fi scutită de răspundere penală, deoarece lipsesc elementele esențiale ale subiectului activ al infracțiunii și anume responsabilitatea. Responsabilitatea reprezintă un element constitutiv al infracțiunii. Stările afective sunt fenomene complexe, care se manifestă prin modificări fiziologice mai mult sau mai puțin pronunțate, generând o conduită marcată de emoții și experiențe subiective. Emoțiile pot stimula continuarea acțiunii pentru satisfacerea unei necesități sau, dimpotrivă, o pot inhiba. Ele influențează, supraveghează și dirijează comportamentul de la un moment la altul. Diverse necesități pot coexista și pot provoca emoții diferite, iar, de obicei, emoția cea mai intensă va ghida acțiunile individului. Conform lui C. Rusnac [„Psihologia dreptului”, 2000] [219, p. 261], emoțiile nu depind doar de intensitatea necesităților, ci și de probabilitatea de satisfacere a acestora, determinând comportamentul omului să se orienteze spre scopuri mai ușor de atins, chiar dacă sunt mai puțin importante.

În psihologie există o categorie, numită emoții și sentimente, respectiv în ea găsim și afectul. Emoțiile au un caracter situativ, acestea reflectă atitudinea unei persoane față de o situație. Sentimentul, spre deosebire de emoție, nu are un obiect sau un caracter specific, acesta

apare în momentul în care sunt exprimate emoțiile și reprezintă o relație emoțională stabilă. Afectul este un proces emoțional care determină o instabilitate temporară în activitatea volitivă. De aceea, în domeniul dreptului, problemei afectului i se acordă o atenție tot mai mare. Un exemplu în acest sens este observația autorului S. Brînză [102, p. 2], care descrie apariția unei noi ramuri științifice, afectologia juridică. Domeniul proceselor afective este o categorie distinctă a fenomenelor psihice, care oglindește trăirile psihice ale individului și răspunsurile acestuia la stimulii din mediul intern și extern. În viziunea autorului C. Rusnac, aceste procese afective pun în pericol integritatea psihologică a unei persoane, respectiv pot apărea dereglări, mai mult sau mai puțin pronunțate, sau alte manifestări psihice, cum ar fi procesele cognitive, voința și conștiința [219, p. 261]. În această situație, autorul C. Rusnac oferă o explicație psihologică a comportamentului individului în timpul stărilor emoționale, însă nu sunt descrise aspectele juridice ale afectului conform CP al RM [26], ceea ce poate crea dificultăți pentru specialiști în legătură cu clasificarea acestui element în norma penală.

Conform autorului C. Barbacar, starea de afect este definită ca o emoție puternică, care apare brusc și are o durată scurtă, având un impact asupra întregii personalități a individului în momentul trăirilor, influențând comportamentul acesteia și fiind marcată prin acțiuni expresive [77, p. 5].

Autorul V. Bujor caracterizează starea de afect ca o stare a psihicului uman, în care persoana este capabilă să-și conștientizeze acțiunile, aceasta își pierde controlul asupra lor și capacitatea de a le controla [111, p. 18]. În opinia noastră, din punctul de vedere al încadrării juridice, această definiție nu se aliniază complet cu prevederile CP, întrucât nu include elementul „*subit*” al apariției stării de afect și nu precizează temeiurile care declanșează acestei stări.

Conform autorilor M. Avram, T. Popovici și V. Cobășneanu starea de afect este descrisă ca o stare psihică caracterizată printr-o emoție intensă, care apare spontan [62, p. 59].

Potrivit autorului S. Brînză [101], starea de afect este o stare emoțională ce nu depășește limitele normalității, având o apariție bruscă, cu o intensitate mare și o durată scurtă. Aceasta reprezintă, în esență, o reacție emoțională explozivă, însoțită de modificări spontane ale activității psihice, iar un aspect caracteristic este îngustarea conștiinței [102, p. 52].

În opinia noastră, această definiție reflectă complet atât aspectele psihologice, cât și cele juridice, respectiv în ea putem găsi toate elementele necesare pentru încadrarea penală. În psihologie și psihiatrie, starea descrisă anterior este denumită stare de afect fiziologic. Așa cum am menționat mai sus, afectul fiziologic este o emoție intensă, apărută brusc, de scurtă durată, care cuprinde întreaga personalitate a individului și îi dirijează comportamentul, fiind

caracterizat prin acțiuni expresive. Intensitatea și amploarea emoțiilor care se manifestă puternic sunt condiționate de conflictul dintre tendințele opuse, având și un aspect de schimbare cantitativă, care poate duce la o modificare calitativă, caracteristică stării de afect. În psihiatria judiciară, autorul C. Barbacar concluzionează că afectul de intensitate mai scăzută este considerat fiziologic, în timp ce afectul excesiv de puternic constituie afect patologic, în care luciditatea conștiinței este tulburată, iar persoana își pierde abilitatea de a înțelege și de a evalua critic propriile acțiuni și efectele acestora [199, p. 35].

Tulburarea afectivă patologică se referă la o stare morbidă a psihicului, în care individul pierde capacitatea de a-și controla și conștientiza comportamentele. În contrast cu afectul fiziologic, afectul patologic se referă la o stare emoțională extremă, care poate evolua până la o tulburare psihotică. În acest caz, se produce o întunecare totală a conștiinței și paralizarea voinței, manifestându-se prin excitație motrică excesivă, cu acțiuni automate și lipsite de sens, fapt menționat și de autorii N. Oprea, A. Nacu și M. Revenco [196, p. 46].

Astfel, starea de afect patologică reprezintă o criză sau un acces care apare la persoanele predispuse, iar acestea, de obicei ajung, într-o stare de paroxism extrem și sunt caracterizate prin tendințe crescute de distrugere și violență.

În teza de doctorat din 2021 cercetătoarea Berdilo Rodica [299, p. 311, p. 167] propune o definiție a stării de afect în conformitate cu art. 23/2 CP al RM [26]. Conform definiției, din teza doamnei Berdilo Rodica, „*starea de afect*” reprezintă o stare emoțională de scurtă durată, apărută subit, cauzată de acțiuni sau inacțiuni ilegale ale victimei, care duce la afectarea parțială a conștiinței și voinței făptuitorului. Se specifică faptul că, în cazul omorului comis într-o stare emoțională intensă, se recurge la art. 146 din CP al RM [26], iar în situația vătămării grave sau medii a integrității corporale sau a sănătății, se aplică art. 156 CP al RM [26]. În alte cazuri, starea de afect trebuie luată în considerare la stabilirea pedepsei. De asemenea, se propune completarea art. 76 din CP al RM [26] cu litera g1), care face referire la „*starea emoțională intensă a făptuitorului, în conformitate cu prevederile art. 232 din CP al RM*” [26]. Totodată, art. 143 din CPP al RM [30] ar urma să fie completat cu pct. 32, care vizează „*starea emoțională puternică a persoanei suspectate, acuzate sau inculpate*”, în situațiile în care comportamentul acestora la momentul comiterii infracțiunii îndeplinește condițiile prevăzute în art. 232 din CP al RM [26].

În lucrarea sa de referință, Gh. Alecu definește cauzele care elimină caracterul penal al faptei, printre care se numără și iresponsabilitatea penală. Autorul accentuează că aceste cauze constau în anumite stări, evenimente, situații sau condiții care apar în momentul comiterii faptei

și care conduc la faptul că aceasta nu mai are caracter penal, adică nu mai întrunește trăsăturile esențiale ale unei infracțiuni [51, p. 151].

Autorul V. Hanga, în „Mic dicționar juridic”, menționează că iresponsabilitatea reprezintă o cauză care elimină caracterul penal al faptei, din motivul stării mintale a făptuitorului sau a altor motive care îi afectează rațiunea [163, p. 177]. O persoană iresponsabilă nu înțelege de ce acțiunile sau inacțiunile sale constituie un pericol social și nu recunoaște caracterul ilicit al acestora. Astfel, ea nu poate fi pedepsită, deoarece nu ar putea fi corectată sau reeducată prin aplicarea pedepsei. Caracteristica principală a stării de iresponsabilitate este lipsa facultăților psihice esențiale care îi permit persoanei să înțeleagă semnificația acțiunilor sale și să aibă control asupra acestora. Iresponsabilitatea psihofizică rezultă din cauze care afectează sau tulbură funcționarea normală a facultăților psihice. Determinarea existenței acestei incapacități psihice nu poate fi realizată fără ajutorul medicilor specializați [139, p. 393].

În doctrina dreptului penal, autorii V. Dongoroz, I. Oancea, S. Kahane și alții (Explicații teoretice ale Codului penal român. Partea generală, 1969) [138] definesc responsabilitatea ca fiind starea psihologică a unei persoane care îi conferă capacitatea de a înțelege natura, esența și caracterul propriilor fapte, de a aprecia valoarea și consecințele acestora și de a-și controla și direcționa în mod corespunzător voința în raport cu propriile acțiuni. Această stare de responsabilitate, respectiv capacitatea psihică a persoanei, implică posesia unor trăsături psihologice esențiale precum inteligența și rațiunea. Aceste trăsături o fac aptă să înțeleagă pericolul social al propriilor acțiuni sau inacțiuni și, în consecință, să se abțină de la săvârșirea unor fapte nepermise de lege sau să îndeplinească cerințele necesare [144, p. 393].

Autorul N. Drughescu definește responsabilitatea ca fiind capacitatea psihică de a-și asuma acțiunile liber consimțite, de a înțelege consecințele acestora și de a le corela cu propriile interese, fără a prejudicia interesul colectiv [80, p. 13]. Autorii I. Moraru și V. Predescu consideră că responsabilitatea are la bază o totalitate de trăsături psihice care permit individului să înțeleagă libertatea și necesitatea propriilor fapte și să le evalueze consecințele în raport cu legile sociale [187, p. 103].

Într-o lucrare de referință în domeniul dreptului penal, C. Bulai precizează faptul că responsabilitatea este o condiție esențială pentru ca o persoană să fie trasă la răspundere penală pentru infracțiunile săvârșite. Aceasta implică faptul că persoana trebuie să fie capabilă să conștientizeze semnificația acțiunilor sale, să conștientizeze valoarea și consecințele acestora, precum și să controleze și orienteze voința în mod adecvat în raport cu propriile acțiuni [117, p. 208].

În teza de doctorat a dnei Berdilo Rodica, intitulată „Răspunderea penală pentru omorul săvârșit în stare de afect”, se propune o definiție a „stării de afect”, reglementată de art. 23/2. Potrivit acestei definiții, „starea de afect” reprezintă o emoție intensă și de scurtă durată, declanșată brusc de faptele ilegale ale victimei, ce provoacă o modificare parțială a discernământului și intențiilor infractorului [299].

Totodată, se propune completarea CP al RM [26] și a CPP al RM [30] pentru a include explicit starea de afect. Printre modificări, figurează:

- introducerea la alin. (1) art. 76 CP RM [26] a literei g1), care să prevadă „starea de afect a autorului faptei” conform alin. (1) art. 232 CP al RM [26].
- completarea alin. (1) art. 143 CPP RM [30] cu pct. 32), care să reglementeze „starea emoțională puternică a persoanei suspectate, acuzate sau inculpate”, în cazurile în care aceasta corespunde condițiilor art. 232 CP al RM [26].

Aceste modificări legislative propuse urmăresc să clarifice și să consolideze reglementările privind răspunderea penală pentru infracțiunile comise sub influența stării de afect, oferind instanțelor de judecată criterii clare pentru evaluarea și aplicarea pedepselor.

În lucrarea sa de referință, Gh. Alecu explică cauzele care exclud caracterul penal al unei fapte, printre care figurează și iresponsabilitatea penală. Aceste cauze derivă din diverse stări, evenimente, situații sau împrejurări prezente în momentul comiterii faptei, respectiv putem ajunge la concluzia că fapta nu întrunește trăsăturile esențiale ale unei infracțiuni și nu poate fi considerată ca fiind cu caracter penal [51, p. 151].

Autorul V. Hanga [163] consideră iresponsabilitatea o cauză care exclude caracterul penal al unei fapte, fiind generată de starea mintală a făptuitorului sau de alte circumstanțe care i-au afectat rațiunea. Persoana iresponsabilă nu poate înțelege pericolul social și caracterul ilicit al acțiunilor sale, motiv pentru care nu poate fi pedepsită, întrucât lipsesc efectele corective. Starea de iresponsabilitate implică lipsa capacităților psihice necesare pentru a înțelege semnificația faptelor sau a exercita control asupra acestora.

Determinarea incapacității psihice necesită expertiză medicală, medicii fiind responsabili să evalueze dacă, la momentul faptei, persoana putea să-și înțeleagă acțiunile și să le controleze. Această idee este susținută și de autorii V. Dongoroz, I. Oancea și S. Kahane [139, p. 393].

Pentru evaluarea stării de normalitate sau a gradului de afectare psihică, este necesar un mijloc de probă care prin metode moderne de investigare și prin expertiza specialiștilor, poate să ofere autorităților judiciare o opinie bazată pe criterii științifice, ajutându-le să ia decizii corecte referitoare la responsabilitatea celor care au comis fapte periculoase prevăzute de legea penală.

Astfel, iresponsabilitatea constituie o cauză care elimină caracterul penal al faptei, întrucât lipsește elementul esențial al vinovăției.

În teoria dreptului penal, autorii V. Dongoroz, I. Oancea, S. Kahane și alții definesc responsabilitatea ca o stare psihologică a individului, caracterizată prin capacitatea de a înțelege natura și esența faptelor sale, precum și de a conștientiza valoarea și consecințele acestora. Această stare presupune ca persoana să dețină anumite abilități psihice (*intelență, rațiune*), care îi permit să înțeleagă pericolul social al acțiunilor sau inacțiunilor sale și să fie capabilă să se abțină de la acte ilegale sau să îndeplinească acțiuni impuse de lege [139, p. 393].

Autorul N. Drughescu [150] definește responsabilitatea ca fiind capacitatea psihică a unei persoane de a-și asuma responsabilitatea pentru acțiunile sale, pe care le comite liber consimțite, și de a înțelege consecințele acestora în acord cu propriile interese și scopuri, fără a dăuna interesului colectivității [189, p.13]. În același context, autorii I. Moraru și V. Predescu consideră că responsabilitatea penală include trăsăturile psihice ale subiectului care îi dau capacitatea de a percepe libertatea și motivația acțiunilor sale, luând în considerare legile societății, și să evalueze impactul acțiunilor sale, în special atunci când acestea sunt în contradicție cu această înțelegere [188, p.103].

În lucrarea sa “*Manual de drept penal. Partea generală*”, autorul C. Bulai susține că responsabilitatea reprezintă un criteriu fundamental pentru ca o persoană să poată fi supusă răspunderii penale în cazul săvârșirii unei infracțiuni. Potrivit acestuia, individul trebuie să fie capabil să înțeleagă semnificația propriilor acțiuni, să conștientizeze importanța și consecințele acestora și să își poată direcționa voința în mod rațional în funcție de comportamentul adoptat [117, p. 208].

Autorul V. Beliș, în cartea „*Tratatul de medicină legală*”, consideră că responsabilitatea este aptitudinea unei persoane de a accepta integral obligațiile implicate de o acțiune liber aleasă, pe care o analizează, o înțelege și o realizează. Persoana este conștientă de consecințele acțiunii sale [86, p.27].

Conform autorului V. Beliș, responsabilitatea este abilitatea de a asuma o conduită conștientă, ținând cont de conținutul și consecințele acesteia pe plan social, juridic și moral. Aceasta depinde de voința personală, fără constrângeri interne sau externe, și este influențată de experiența de viață de cultură și situația socială. Conduita responsabilă reflectă o personalitate matură, capabilă să își asume riscurile sancțiunilor sociale și juridice [86, p.732]. Responsabilitatea este un factor de echilibru atât pentru individ, cât și pentru colectivitate. Aceasta participă la formarea și îmbunătățirea relațiilor interpersonale, dar, în același timp,

îmbunătățește relațiile interpersonale.

Autorii G. Nistoreanu și A. Boroii [194] definesc iresponsabilitatea ca o stare de incapacitate psihofizică în care persoana nu poate înțelege caracterul și consecințele faptelor sale [148, p. 182].

Autorii I. Tănăsescu, C. Tănăsescu și G. Tănăsescu [240] consideră că iresponsabilitatea este caracterizată prin lipsa capacității biopsihice, care face imposibilă adoptarea unei conduite normale în legătură cu acțiunile unei persoane. Astfel, persoana afectată nu poate aprecia corect necesitatea, modul și consecințele acțiunilor sale, atât din punct de vedere civil, cât și penal [240, p. 476].

Așa cum am menționat anterior, în legislația penală română, e în dilemă atunci când ne referim la discernământul unei persoane. Termenul de „discernământ” se referă exclusiv la un nivel de conștiință, fiind unul dintre principalele criterii medico-legale în evaluarea responsabilității. Aceasta este considerată o funcție de sinteză, care reflectă capacitatea faptuitorului de a concepe planul unei acțiuni, urmărește realizarea unui scop și obține rezultatul și, în același timp, încearcă să-și organizeze etapele desfășurării acțiunii. Autorul V. Beliş susține că atunci când ne referim la discernământ, trebuie să luăm în calcul structura personalității și conștiința individului într-un anumit moment [85, p. 740].

Discernământul reprezintă capacitatea individului de a înțelege propriile fapte și urmările acestora. În accepțiunea autorilor L. Uța și C. Jora, discernământul permite persoanei să aibă un câmp de conștiință clar, care se manifestă prin perceperea corectă și completă a semnalelor mediului extern și intern [250, p. 124]. Discernământul este determinat de două categorii de factori:

1- *structura personalității individului*, care se clasifică în completă, incompletă, dezechilibrată, nevrică, afectată sau alterată;

2- *componența conștiinței*, care cuprinde patru niveluri: nivelul de conștiință elementară, care se referă la starea de veghe și la prezența temporo-spațială, nivelul de conștiință operațional logică, prin care gândirea și percepția reflectă obiectiv realitatea și capătă coerență, nivelul de conștiință axiologică, care permite valorizarea în raport cu criteriile acceptate de societate, nivelul de conștiință etică, care face posibilă distincția dintre bine și rău, legal și ilegal, frumos și urât etc. [85, p. 745].

1.2. Analiza legislației naționale, a celei internaționale și a doctrinei altor țări privind iresponsabilitatea penală

În legislația penală a unor state precum Germania, Federația Rusă și Polonia, conceptul de

responsabilitate parțială ocupă un loc distinct, fiind considerat o stare intermediară între responsabilitatea penală deplină și iresponsabilitate. Această noțiune este asociată cu existența unor tulburări psihice care afectează discernământul persoanei, însă fără a-l anula complet. În astfel de situații, individul poate avea dificultăți în a înțelege pe deplin caracterul ilicit și gravitatea faptei sale, precum și în a-și controla acțiunile în mod corespunzător.

Deși responsabilitatea penală nu este exclusă în aceste cazuri, legislațiile statelor menționate prevăd posibilitatea aplicării unor pedepse mai blânde, ținând cont de influența stării psihice asupra comportamentului infracțional. În Germania, de exemplu, dacă se stabilește că autorul faptei a acționat într-o stare de conștiință diminuată din cauza unei tulburări psihice, instanța poate decide reducerea pedepsei sau aplicarea unor măsuri de siguranță, cum ar fi tratamentul psihiatric obligatoriu.

În Federația Rusă și Polonia, responsabilitatea parțială este reglementată prin prevederi specifice, care permit atât reducerea sancțiunii, cât și impunerea unor măsuri de constrângere medicală. Astfel, persoanele care suferă de astfel de afecțiuni pot fi supuse unor tratamente specializate, în funcție de pericolul social pe care îl reprezintă. Scopul acestor reglementări este de a găsi un echilibru între necesitatea de a sancționa fapta comisă și protecția persoanelor care, din motive de sănătate mintală, nu au avut o capacitate deplină de a conștientiza implicațiile acțiunilor lor.

În psihiatria contemporană, au fost identificate dereglări psihice ce afectează controlul acțiunilor, iar, în practica judiciară, acestea sunt evaluate diferit: unele state le consideră circumstanțe ce atenuează răspunderea, altele impun răspunderea generală, iar, în unele cazuri, persoana poate fi considerată nevinovată. Conceptul de responsabilitate redusă a fost introdus în dreptul penal al mai multor state precum Franța, Elveția și Italia. În Anglia și SUA, deși nu există norme explicite, legea engleză recunoaște responsabilitatea redusă în cazuri de dereglare intelectuală semnificativă.

CP al Franței include o normă referitoare la responsabilitatea redusă (*art. 122-1*), condiționată de criterii medicale și psihologice. În mod similar, CP al Elveției [49] reglementează mai detaliat această problemă. În cazul infractorilor străini, instanța poate dispune interdicția de a locui pe teritoriul Elveției. CP al Ungariei prevede responsabilitatea redusă ca temei pentru atenuarea pedepsei, în caz de boală psihică cronică sau alte afecțiuni care afectează discernământul. În schimb, nu se aplică în cazurile de ebrietate alcoolică. CP al Poloniei și CP al fostului stat Iugoslavia permite atenuarea pedepsei pentru responsabilitate redusă, iar CP al Chinei prevede eliberarea de la pedeapsă. În CP român din 1968 [36], nu era inclusă infracțiunea

de omor comis în stare de afect, dar art. 73 prevedea circumstanțe atenuante în cazul săvârșirii unei infracțiuni sub o puternică tulburare emoțională, provocată de partea vătămată [64].

În dreptul penal al SUA, dar și în cel din Marea Britanie, există noțiunea de diverse tipuri de apărări, fiecare având circumstanțele sale, care ar putea pot conduce la:

1. excluderea răspunderii penale;
2. excluderea vinovăției;
3. excluderea sancționării faptei.

În viziunea noastră, iresponsabilitatea penală este relevantă în contextul excluderii vinovăției. CP din New York include în această categorie provocarea, pe lângă constrângerea fizică și morală.

a) Astfel, în cadrul acestei reglementări, sunt recunoscute două stări caracteristice ale personalității: - starea de normalitate a individului;

b) starea de anormalitate psihică.

În acest context, cercetătorii H. Barte și G. Ostapzeff [289] subliniază importanța adaptării terminologiei juridico-medicale pe măsură ce progresele în domeniul științelor medicale au oferit o înțelegere mai precisă a tulburărilor psihice. Aceștia evidențiază faptul că, odată cu dezvoltarea metodelor de diagnostic și clasificare a afecțiunilor mintale, s-a impus necesitatea de a înlocui termenul tradițional de „demență”, utilizat anterior, pentru a desemna iresponsabilitatea penală – cu o terminologie mai adecvată și specifică. Această modificare terminologică a avut rolul de a reflecta mai fidel complexitatea și diversitatea manifestărilor clinice care pot influența discernământul unei persoane în momentul comiterii unei fapte penale [288, p. 17].

Autoarea C. Virginie [291, p. 70] evidențiază că noul CP francez a adus o clarificare importantă în ceea ce privește iresponsabilitatea penală, prin introducerea conceptului de „tulburare psihică sau neuropsihică”, reglementat în art. 122-1, alineatul 1. Potrivit acestei dispoziții, o persoană afectată de o astfel de tulburare, care i-a anulat complet discernământul sau capacitatea de a-și controla acțiunile, nu poate fi considerată penalmente responsabilă. Această modificare legislativă a avut rolul de a oferi o definiție mai precisă și adaptată progreselor în domeniul medical și psihiatric, înlocuind articolul 64 din CP francez din 1810. Acesta din urmă utiliza termenul „demență” într-un sens generic, fără o delimitare clară, din punct de vedere științific, ceea ce genera dificultăți în interpretarea și aplicarea normelor juridice [28]. Astfel, noua reglementare reflectă o abordare modernă, care corelează mai strâns dreptul penal cu progresele în medicină și psihiatrie. Autorul M. Ellenberger citat de autorul anterior menționat subliniază că infracțiunile comise de persoanele cu tulburări psihice prezintă frecvent motivații

dificil de înțeles, uneori rămânând neclare chiar și pentru autorii acestora. Aceste fapte sunt adesea rezultatul unor impulsuri iraționale sau al unor distorsiuni ale realității, specifice afecțiunilor psihice grave. În acest context, o categorie aparte este reprezentată de persoanele denumite „*semi-responsabile*”, a căror situație juridică este reglementată de art. 122-1, alin. (2) din CP francez. Acești indivizi se află într-o zonă de tranziție între responsabilitate și iresponsabilitate, ceea ce creează o provocare semnificativă pentru sistemul juridic. Pe de o parte, starea lor psihică nu este suficient de gravă pentru a justifica internarea într-o instituție medicală, deoarece păstrează un anumit grad de conștiință asupra faptelor comise. Pe de altă parte, instabilitatea lor psihică face ca detenția într-un penitenciar să nu fie o soluție adecvată, deoarece nu ar răspunde necesităților de tratament și supraveghere. Această dilemă juridică și medicală impune o abordare nuanțată în stabilirea măsurilor aplicabile, astfel încât să fie protejate atât siguranța publică, cât și drepturile și necesitățile persoanelor aflate în această situație.

Potrivit autoarei C. Virginie, expertiza psihiatrică tradițională trebuie completată, în astfel de cazuri, cu un examen psihologic și o expertiză criminologică, pentru a determina măsurile de tratament adecvate acestor situații [291, p. 131].

Potrivit CP al Elveției din 1973 [49], iresponsabilitatea percepută ca o perturbare temporară a funcțiilor psihice ale infractorului, manifestată în momentul săvârșirii faptei. Această stare poate condiționa la incapacitatea persoanei de a înțelege pe deplin natura propriilor acțiuni și de a-și aprecia în mod corespunzător comportamentul.

CP german reglementează conceptul de responsabilitate redusă la §20, prevăzând că, atunci când o persoană are o diminuare semnificativă a capacității de a înțelege propriile fapte și de a le controla, sancțiunea aplicată poate fi atenuată.

În CP al Poloniei, CP al Chinei și CP al Ungariei este reglementată responsabilitatea redusă, respectiv aici există posibilitatea atenuării pedepsei pentru persoana care suferă de o boală psihică cronică. În Polonia, responsabilitatea redusă poate duce la atenuarea pedepsei, iar, în China, astfel de situații pot justifica eliberarea de la pedeapsă.

În lucrările unor specialiști din domeniul juridic și psihiatric, precum M. Gidilenco, V. Trahterov și I. Faber, s-a susținut ideea că responsabilitatea penală redusă poate fi privită fie ca o formă particulară a iresponsabilității, fie ca o circumstanță care exclude răspunderea penală în anumite situații. Această interpretare sugerează că, în unele cazuri, individul nu poate fi considerat pe deplin responsabil pentru faptele sale, iar societatea însăși poartă o parte din vină pentru condițiile care au condus la comportamentul infracțional. Această viziune se bazează pe

ideea că mediul social, educația, accesul la tratament medical și alte factori externi pot influența capacitatea unei persoane de a respecta normele legale.

Această abordare este susținută și de I. Filanovschii, care, în lucrarea sa „*Социально-психологическое отношение к субъекту преступления*” („*Atitudinea socio-psihologică față de subiectul infracțiunii*”), analizează influența factorilor sociali și psihologici asupra comportamentului infracțional și a modului în care societatea percepe și tratează aceste persoane. În opinia sa, responsabilitatea redusă nu trebuie privită doar ca o stare tranzitorie între responsabilitate și iresponsabilitate, ci și ca o expresie a impactului colectiv pe care îl are comunitatea asupra individului. Această perspectivă abordează chestiuni importante cu privire la echitatea sancțiunilor penale și la necesitatea unor politici de prevenție și reabilitare mai eficiente pentru persoanele care prezintă o capacitate diminuată de înțelegere și control asupra propriului comportament.

În accepțiunea unor autori [273, pp. 225-229], responsabilitatea redusă este percepută doar ca o circumstanță atenuantă. Alți autori [286, p.246], susțin că, pe lângă aplicarea unei pedepse, ar trebui implementate și măsuri de siguranță precum constrângerea cu caracter medical. La aceste opinii științifice au aderat și alți specialiști precum, U. Candinschii, U. Serbschii, N. Taganțev, E. Holodovscaia, D. Lunț, O. Freivor etc.

Autorul T. Ceceli autor citat de [ФРЕЙРОВ, О., Е. *О пределах компетенции эксперта – психиатра в уголовном процессе*. В: Советское Государство и право, 1964, №.8, ст. 114, p. 179] subliniază că, în astfel de situații, persoana nu își pierde complet capacitatea de a înțelege semnificația propriilor acțiuni și de a le controla, ci această capacitate este doar diminuată. Această diminuare influențează direct gradul de vinovăție al individului, întrucât răspunderea penală nu este determinată exclusiv de existența unei tulburări psihice, ci și de măsura în care aceasta afectează conștientizarea și autocontrolul.

În completare, autorul A. Homovschi explică faptul că responsabilitatea penală reflectă starea psihică a unei persoane în momentul comiterii faptei, în timp ce vinovăția reprezintă atitudinea sa psihologică față de acțiunile sau inacțiunile săvârșite, manifestată fie sub forma intenției, fie a imprudenței. Această distincție este esențială, deoarece demonstrează faptul că responsabilitatea penală nu este un concept absolut, ci unul care depinde de gradul de vinovăție al autorului faptei [285, pp. 126-128]. Astfel, dacă o persoană are o capacitate diminuată de înțelegere și autocontrol, dar nu este complet lipsită de discernământ, vinovăția sa va fi analizată în funcție de acest aspect, iar sancțiunile aplicate pot fi adaptate în consecință. Juriști și psihiatri faimoși din domeniu [283] au oferit ipoteze privind responsabilitatea redusă, cu regrete aceste

ipoteze au fost eronate. Un exemplu greșit este și ipoteza: „*responsabilitatea redusă cuprinde și conceptul de iresponsabilitate*”.

Există trei opinii privind responsabilitatea redusă în dreptul penal. Prima susține că instanțele pot lua în considerare anomaliile psihice ca circumstanțe, dar practica arată că acestea sunt rar reflectate în sentințe, chiar și după expertize psihico-judiciare. A doua opinie propune includerea anomaliilor psihice ca circumstanțe atenuante în legislație, pentru a permite reducerea pedepsei și aplicarea măsurilor de constrângere medicală. Cea de-a treia opinie sugerează faptul că problema persoanelor cu anomalii psihice poate fi soluționată integral prin reglementarea responsabilității reduse. Această abordare rămâne subiect de dezbatere, având în vedere obiecțiile exprimate în literatura de specialitate.

Unele lucrări fac referire la opiniile autorilor U. N. Kandinschii, U. P. Serbschii și N. S. Taganțev, care se opun conceptului de responsabilitate redusă. Autorul U. N. Kandinschii și U. P. Serbschii susțin că pot exista doar două categorii: responsabilitate și iresponsabilitate. Autorul U. P. Serbschii consideră că responsabilitatea redusă are loc prin combinarea pedepsei cu tratamentul medical, în timp ce autorul N. S. Taganțev este de părere că această categorie ar putea genera erori și abuzuri.

Dificultățile privind stabilirea criteriilor responsabilității reduse persistă. Autorul E. M. Holodovscaia afirmă că „*nu există criterii juridice clar definite*,” iar autorul D. R. Lunț consideră că „*responsabilitatea redusă nu are o exactă*” [279]. Totuși, autorul O. E. Freierov afirmă că anomaliile psihice pot reduce autocontrolul și capacitatea de a alege acțiunile corecte.

Astfel, analiza argumentelor pro și contra responsabilității reduse, precum și corelarea acestei categorii cu responsabilitatea și iresponsabilitatea, ne face să tragem concluzia că responsabilitatea redusă, în forma sa tradițională, nu poate fi acceptată de dreptul penal ca o circumstanță care reduce vina și atenuază pedeapsa. Totuși, problema privind deosebirea dintre persoanele responsabile și cele cu anomalii psihice rămâne de soluționat, iar soluția poate fi găsită prin aplicarea unei noi abordări a responsabilității reduse, adecvate atât doctrinei, cât și legislației penale.

Considerăm că particularitățile fundamentale ale responsabilității reduse sunt următoarele:

1. este o categorie a dreptului penal ce descrie starea psihică a persoanelor cu anomalii psihice care au comis o infracțiune;
2. nu se află între responsabilitate și iresponsabilitate, ci constituie o componentă a responsabilității;

3. ca parte a responsabilității, aceasta reprezintă un element esențial în stabilirea răspunderii penale pentru persoanele cu anomalii psihice care au comis infracțiuni;

4. este o circumstanță care reduce răspunderea penală, fără a fi o valoare de sine stătătoare, fiind luată în considerare de instanță la aplicarea pedepsei, alături de alte date și circumstanțe relevante;

5. nu poate niciodată să constituie o circumstanță agravantă a răspunderii penale;

6. poate constitui baza pentru stabilirea regimului de detenție al condamnaților și aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical, în corelație cu pedeapsa;

7. poate influența dreptul penal în ceea ce privește stabilirea rolurilor complicilor în infracțiunile comise în grup;

8. se aplică doar în momentul săvârșirii infracțiunii de către persoană și nu are efecte după executarea pedepsei;

9. poate fi confirmată în mod constant de către anchetator în ordonanță sau de către judecător în sentință, pe baza concluziilor expertizei psihiatrice.

Unii autori [284, p.89; 276, p.37; 277, p.300-301], recomandă schimbarea denumirii responsabilității reduse, sugerându-se termeni precum „relativă”, „limitată” sau „de frontieră”. Aceasta reflectă o stare tranzitorie între normă și patologie. În unele cazuri, pedepsele trebuie să se deosebească, în funcție de comportamentul victimei și de afectul fiziologic sau patologic al făptuitorului. Persoanele care comit infracțiuni sub influența unui afect patologic nu sunt responsabile penal, deoarece se află într-o stare de iresponsabilitate. Afectul fiziologic apare în situații de tensiune emoțională puternică, limitând capacitatea de alegere a comportamentului.

Afectul fiziologic este o stare emoțională intensă, de scurtă durată, care rămâne în limitele normalității. Se manifestă brusc, cu o intensitate mare și modificări spontane ale activității psihice, cum ar fi îngustarea conștiinței. Potrivit autorului F. Safuanov [279, p. 4], această stare se încheie cu o epuizare fizică și psihică profundă, iar în stările afective intense, se produce o „rebeliune” a scoarței cerebrale, activând centrele instinctive ale agresivității.

În această categorie de afect, toate forțele umane sunt mobilizate pentru a depăși disconfortul, iar prin descărcarea emoțională se ajunge la o stare optimă. Conform autorului T. Tcacenco [281, pp. 52-53], în aceste stări, se manifestă o creștere a forței fizice și a unor eforturi extraordinare, neobișnuite pentru o stare normală. În același sens, autorul C. Ivanov autor citat de Lunț [ЛУНЦ, Д., Р. Проблема невменяемости. Судебная психиатрия. Учебник. Под ред. Морозова Т.В. Москва: Медицина, 1965, ст.358, p. 250] este de părere că afectul este o stare emoțională intensă, care apare rapid și se desfășoară cu o mare viteză, sub formă de explozii

emoționale.

Autorul M. Calășnic [272, p. 65] susține că afectul determină o îngustare a conștiinței și, respectiv, are loc reducerea capacității de control asupra comportamentului propriu. Aceasta reprezintă o reacție emoțională intensă, care se epuizează rapid. De asemenea, în starea de afect, obiectivele obișnuite ale personalității pot suferi modificări, iar multe dintre evenimentele petrecute sunt percepute diferit, sub o altă lumină. Autorii V. Lebedinschii și N.N. Smirnova autori citați de reputatul C.N. Florea sunt unanim de părerea că comportamentul se schimbă, devenind orientat spre un cerc restrâns de obiecte și fenomene [254, p. 226].

Mulți autori și cercetători sunt în dilemă, întrucât nu pot face distincția dintre o stare emoțională gravă și una normală. Esențial este că, atunci când o persoană comite o infracțiune sub influența unei tulburări emoționale, se produc modificări în psihicul său, dar nu toate schimbările sunt suficient de severe pentru a modifica calificarea juridică a faptei. Diferența nu este cantitativă, ci calitativă, reflectând astfel capacitatea inculpatului de a-și controla și coordona acțiunile. Așadar, se impune clarificarea termenilor și a aplicării legii, pentru a asigura o interpretare corectă și uniformă a responsabilității penale [294].

Conform autorilor A. Botchin și B. Serbschii, citați de I. M. Farber [283, p.246], afectul patologic apare doar la persoanele cu afecțiuni psihice, fiind asociat cu dereglări mintale patologice. În schimb, afectul fiziologic apare la indivizii sănătoși din punct de vedere mental, iar această diferențiere marchează granița dintre cele două stări. Autorul M. Carlov, citat de N.F. Kuznețov [276, p. 11-20], a criticat această viziune, argumentând că afectul patologic poate apărea și la persoane sănătoase din motivul influențelor externe asupra organismului. Teoria sa a fost susținută de practică, demonstrând că bolile mintale nu sunt neapărat ereditare și pot fi cauzate de factori externi. Autorii N. Jaricov, G. Morozov și D. Hritinin în lucrarea citată consideră că este necesar să delimităm stările patologice [278, p.300].

1.3. Concluziile de la capitolul 1

Analizând literatura relevantă pentru subiectul lucrării, se poate contura o viziune complexă asupra conceptului de iresponsabilitate penală, axată pe aplicarea legislației penale în conformitate strictă cu principiile subiective.

1. Scopul tezei de doctorat a fost studierea diferite aspecte ale temei, implicând un amplu demers științific ce abordează subiecte legate de fenomenul responsabilității și iresponsabilității penale, precum și de responsabilitatea redusă, afectul și stările afective. Aceasta urmărește o delimitare clară și corectă în analiza juridico-penală, prin prisma reglementărilor din legislațiile,

doctrinile și practicile judiciare ale RM și României, dar și ale altor state, integrând un ansamblu de cunoștințe din domeniile juridico-penal, procesual-penal, psihologic, psihiatric, medicina legală și criminologie.

2. Raportarea unei persoane la realitatea obiectivă în cadrul activității sale presupune nu doar conturarea lumii înconjurătoare și reflectarea asupra acesteia, ci și asocierea comportamentului său uman cu anumite modele și realități. Astfel, scopul final al instituției răspunderii și imputațiunii penale este conservarea sistemului social, în timp ce oamenii își formează sentimentul responsabilității [297, p.29]. În legislațiile penale ale României și Republicii Moldova, răspunderea subiectivă garantează că o persoană nu va fi pedepsită decât dacă a săvârșit o acțiune periculoasă pentru societate cu intenție, incriminată de lege, cu condiția că nu exista o cauză ce ar exclude calificarea acelei acțiuni drept faptă ilegală. Rolul de prevenire și educare al pedepsei poate fi pus în aplicare doar unei persoane care are abilitatea de a percepe și de a conștientiza semnificația amenințării unei pedepse viitoare și a pedepsei efective aplicate.

3. Echilibrul social și ordinea juridică sunt perturbate de frecvența și gravitatea încălcărilor legii, ceea ce impune legiuitorului să stabilească clar răspunderea pentru aceste fapte și să aplice sancțiunile corespunzătoare în mod prompt. Natura penală a unei fapte reflectă în mod sintetic manifestarea unui act social periculos și ilegal. Determinarea caracterului penal al faptei este o simplă exprimare a voinței legiuitorului.

4. Răspunderea reprezintă obligația de a suporta sancțiunea impusă pentru un fapt imputabil, având un caracter reparator și educativ. În final, instituția răspunderii are ca scop direct conservarea sistemului social, în timp ce indivizii dezvoltă sentimentul responsabilității prin activitățile lor zilnice, exercitându-și drepturile și îndeplinindu-și obligațiile, contribuind astfel la realizarea dreptului, la îmbunătățirea și dezvoltarea sistemului social, la restabilirea armoniei sociale și perfecționarea ființei umane. Legislația penală din România și RM, prin structura și terminologia sa, trebuie să formuleze mai clar dispozițiile legale, pentru a răspunde cât mai concret cerințelor art. 7 din CEDO, adică accesibilității și previzibilității legii.

5. Răspunderea penală se bazează pe infracțiunea care se caracterizează prin trei trăsături esențiale. Lipsa oricărei dintre aceste trăsături exclude existența infracțiunii, a caracterului penal al faptei și, implicit, a răspunderii penale. În legislația penală română, răspunderea subiectivă reprezintă o garanție legală, asigurând că o persoană nu va fi pedepsită decât dacă a comis o faptă periculoasă și/sau dăunătoare cu vinovăție, iar aceasta este incriminată de lege, fără să existe o cauză exonerativă care să elimine caracterul infracțional al faptei.

6. Responsabilitatea psihică reprezintă o condiție esențială pentru răspunderea penală. Ea

este o noțiune distinctă în dreptul penal, nefiind doar o manifestare a iresponsabilității, având caracteristici proprii și este o cerință de bază pentru răspunderea penală. În lipsa responsabilității psihice, persistă starea de iresponsabilitate penală, iar în acest caz nu există vinovăție. În lipsa vinovăției, nu poate exista infracțiune, prin urmare, nu poate exista răspundere penală.

7. În literatura de specialitate se observă o varietate de situații de evaluare a responsabilității și iresponsabilitate. Responsabilitatea redusă constituie o stare tranzitorie între responsabilitate și iresponsabilitate, caracterizată printr-o diminuare a răspunderii pentru faptele săvârșite.

8. Negarea caracterului penal al unei fapte reprezintă o condiție nefastă care apare în situațiile în care cauzele legale elimină acest caracter. Aceste cauze conduc la excluderea existenței caracterului penal al faptei, iar lipsa îndeplinirii acestei condiții negative, face imposibilă îndeplinirea trăsăturilor esențiale ale infracțiunii. Respectiv, acest lucru duce la inexistența infracțiunii ca fundament al răspunderii penale. Iresponsabilitatea penală reprezintă o cauză care previne formarea infracțiunii în cadrul mecanismelor de stabilire legală. Așadar, toate aceste argumente susțin necesitatea unei abordări diferențiate a motivelor care restricționează calificarea unei fapte drept infracțiune.

2. CARACTERISTICA GENERALĂ A RESPONSABILITĂȚII/ IRESPONSABILITĂȚII PENALE

2.1. Responsabilitatea, iresponsabilitatea și responsabilitatea redusă în dreptul penal. Limitele dintre iresponsabilitate și responsabilitate. Cauzele care elimină responsabilitatea penală

Responsabilitatea este o condiție esențială pentru ca o persoană să fie subiect al unei infracțiuni. Conform art. 22 din CP al RM, aceasta presupune capacitatea individului de a înțelege natura și consecințele faptelor sale, de a-și controla acțiunile și de a-și exprima voința în mod liber și conștient. În dreptul penal, responsabilitatea este definită ca o stare psiho-fizică ce permite discernământul asupra gravității faptelor comise, bazată pe inteligență și rațiune, elemente esențiale pentru conștientizarea pericolului social și respectarea normelor legale [139, p.393].

Responsabilitatea este definită ca fiind capacitatea psihică a individului de a lua în totalitate obligațiile ce rezultă dintr-o acțiune aleasă, prin înțelegerea consecințelor acestei acțiuni, în concordanță cu scopul urmărit, fără a afecta sau prejudicia interesele comunității sau ale colectivității [151, p. 121].

Autorul N. Drugescu susține că responsabilitatea este definită ca fiind capacitatea psihică a persoanei ce înțelege consecințele acțiunilor întreprinse și își asumă, în mod integral, obligațiile ce decurg dintr-o acțiune liber consimțită, în conformitate cu interesul colectivității și cu scopul urmărit, fără a prejudicia interesul personal [150, p. 133].

Responsabilitatea penală reflectă trăsăturile psihice care permit unei persoane să înțeleagă libertatea și necesitatea comportamentului său, evaluând consecințele acestuia în raport cu normele sociale [187, p. 103].

Responsabilitatea este esențială pentru tragerea la răspundere penală, implicând capacitatea de a înțelege faptele comise, consecințele acestora și de a-și controla voința în mod conștient [117, p. 208].

Responsabilitatea este definită și ca o „*condiție psihologică a individului, care îi conferă capacitatea de a percepe și înțelege caracterul prejudiciabil al propriilor acțiuni sau omisiuni*” [281, p.150].

Unii cercetători din domeniu consideră responsabilitatea ca fiind opusul iresponsabilității.

În viziunea noastră, obiectivul stabilirii responsabilității și iresponsabilității este identic, respectiv „*garantarea aplicării răspunderii și sancțiunii penale exclusiv persoanelor care, dispunând de capacitate psihică și o stare de sănătate corespunzătoare, pot fi considerate apte*

să răspundă pentru faptele lor ce prezintă pericol social” [260, p.132].

Prin urmare, se poate afirma că responsabilitatea reprezintă un element esențial al subiectului infracțiunii, iar iresponsabilitatea indică lipsa acestui element în cadrul componenței infracțiunii, ceea ce face incorectă opinia conform căreia o noțiune derivă din cealaltă [280, p. 65].

Responsabilitatea trebuie să fie prezentă chiar în momentul comiterii infracțiunii. În lipsa responsabilității, nu mai poate fi vorba despre existența vinovăției penale ca element al infracțiunii, deoarece un individ iresponsabil nu este capabil să acționeze cu vinovăție, adică nu poate acționa intenționat sau din imprudență. Astfel, există o legătură strânsă și o corelație între responsabilitate și vinovăția penală, responsabilitatea fiind premisa necesară a vinovăției [179, p. 145].

Responsabilitatea, din perspectivă medicală, presupune capacitatea individului de a-și asuma obligațiile ce decurg din acțiunile sale conștiente, înțelegând consecințele acestora și raportându-le la interesul colectiv. Aceasta implică o conduită deliberată, determinată de voința proprie, fără influențe constrângătoare, fiind modelată de experiența de viață, nivelul cultural și contextul personal [106, p. 732].

Responsabilitatea, atât individuală, cât și colectivă, evoluează odată cu dezvoltarea personală. Aceasta este o condiție a infracțiunii, fiind determinată de factori intelectivi și volitivi esențiali pentru vinovăție [60].

Responsabilitatea variază în funcție de maturitate și echilibrul psihic al individului, ceea ce influențează capacitatea de a înțelege și controla propriile acțiuni. Răspunderea penală intervine doar atunci când persoana este considerată responsabilă și a acționat cu vinovăție, subliniind astfel legătura dintre responsabilitatea juridică și starea psihică a făptuitorului.

Considerăm că responsabilitatea nu este legată de vinovăție în afara componenței infracțiunii. Ea corelează cu vinovăția doar în cadrul componenței infracțiunii, prin intermediul subiectului și laturii sale subiective.

Responsabilitatea, ca element al subiectului infracțiunii, este distinctă de vinovăție, dar împreună susțin principiul subiectiv al incriminării. Fundamentul răspunderii penale este componența infracțiunii. Responsabilitatea reflectă capacitatea de a conștientiza încălcarea legii, de a înțelege și controla acțiunile proprii. Aceasta implică și trăsături volitive și emoționale, relevante pentru evaluarea sa [60, p. 35].

Considerăm că responsabilitatea, din perspectivă doctrinară, poate fi descrisă ca fiind acea latură a comportamentului uman care evidențiază relația dintre libertatea de a acționa și

obligația individului de a răspunde pentru urmările propriilor fapte, în conformitate cu normele juridice, morale și sociale. Aceasta implică de altfel existența discernământului, abilitatea de a percepe și a previziona efectele acțiunilor întreprinse, precum și asumarea acestora în raport cu ordinea juridică și principiile dreptului.

Conform art. 21 alin. 1 CP al RM [26], doar o persoană responsabilă poate fi subiect al infracțiunii, responsabilitatea fiind prezumată. Dacă apar dubii privind această stare, organele judiciare trebuie să o clarifice, stabilind dacă persoana este responsabilă sau iresponsabilă.

Conform legislației penale, o persoană iresponsabilă este exonerată de răspundere și supusă unor măsuri reeducative. Legea diferențiază între responsabilitate, definită prin capacitatea de a înțelege și controla faptele, și iresponsabilitate, caracterizată prin incapacitatea de a evalua sau gestiona acțiunile din cauza unei afecțiuni psihice.

Art. 23 din CP al RM [26] definește iresponsabilitatea ca opusă responsabilității, stabilind criterii specifice. O persoană nu poate fi trasă la răspundere penală dacă, din cauza unei afecțiuni psihice cronice, temporare sau a altor tulburări patologice, nu își putea conștientiza sau controla acțiunile în momentul faptei.

Iresponsabilitatea își are originea în cuvântul latin „*inrespondere*”, care înseamnă a nu răspunde.

Iresponsabilitatea este o stare de incapacitate psiho-fizică a unei persoane care, fie nu este capabilă să înțeleagă natura, sensul sau valoarea morală, socială și juridică a acțiunilor sale și a consecințelor acestora, fie nu poate să își controleze voința în raport cu propriile sale fapte.

Unii autori consideră iresponsabilitatea ca o recunoaștere juridică a nevinovăției unei persoane care, din cauza unei afecțiuni psihice cronice, temporare sau a altor tulburări patologice, nu putea înțelege sau controla faptele sale. Totuși, în lipsa unor criterii juridice clare, această nevinovăție nu este pe deplin acceptată în drept [277, p.9-11].

Iresponsabilitatea este, de asemenea, definită ca o cauză care elimină caracterul penal al unei fapte, cauzată de starea mentală a făptuitorului sau altor factori care i-au afectat capacitatea de raționament [163, p. 117].

O persoană iresponsabilă nu poate înțelege gravitatea faptelor sale și motivul ilegalității acestora, deci nu poate fi sancționată penal. Iresponsabilitatea implică incapacitatea de a percepe consecințele acțiunilor sau de a le controla. Responsabilitatea este evaluată la momentul faptei, iar dacă lipsește, nu se aplică răspunderea penală, ci pot fi impuse măsuri de siguranță.

Iresponsabilitatea psiho-fizică, cauzată de tulburări ale facultăților psihice, necesită evaluare de specialitate. Experții nu decid răspunderea penală, ci analizează dacă persoana

înțelegea și controla faptele sale la momentul comiterii acestora. Evaluarea se bazează pe probe științifice și expertiză medicală pentru a permite instanței să ia decizii corecte [97, p.393].

Potrivit alin. 2 art. 23 din CP al RM [26], se interzice responsabilizarea penală a persoanei care a dezvoltat o tulburare psihică înainte de pronunțarea sentinței de către instanță, indiferent de faptul dacă aceasta a fost responsabilă de infracțiune.

Dacă o persoană dezvoltă o afecțiune psihică după comiterea infracțiunii, acest fapt nu duce automat la exonerarea de răspundere penală. În astfel de cazuri, instanța poate impune măsuri medicale de constrângere. După recuperare, făptuitorul poate fi sancționat penal, cu condiția ca termenul de prescripție să nu fi expirat și să nu existe alte motive pentru exonerarea sa [79, p. 80].

Boala mintală cronică este o afecțiune de lungă durată, cu vindecare incompletă sau răspuns limitat la tratament. Iresponsabilitatea elimină caracterul penal al faptei, din lipsa vinovăției. Persoana afectată nu poate respecta normele legale, anticipa consecințele sau înțelege implicațiile juridice ale acțiunilor sale [239, p. 476].

Este important să se țină cont de faptul că, pentru a constata iresponsabilitatea unei persoane, este esențial ca tulburarea psihică ce determină această stare, indiferent de natura sa, să fie prezentă în momentul săvârșirii faptei socialmente periculoase. Tulburarea respectivă trebuie să anuleze capacitatea persoanei de a percepe comportamentele sau lipsa lor ori de a le stăpâni, iar această incapacitate trebuie să fie direct legată de fapta în cauză [239, p. 41].

Considerăm că iresponsabilitatea reprezintă un concept juridic și, mai mult decât atât, aceasta este o instituție a dreptului penal, aspect susținut prin următoarele argumente:

a) iresponsabilitatea și criteriile aferente acesteia sunt reglementate de normele dreptului penal;

b) iresponsabilitatea constituie temei pentru eliberarea de răspundere penală a individului care a săvârșit o faptă socialmente periculoasă;

c) evaluarea medico-legală psihiatrică este efectuată în baza ordonanței organului de investigare penală sau a încheierii instanței de judecată;

d) legea stipulează cazurile în care expertiza medico-legală psihiatrică este obligatorie;

e) doar instanța de judecată are competența de a declara o persoană iresponsabilă;

f) recunoașterea unei persoane ca fiind iresponsabilă are un caracter juridic;

g) aspectele medicale ale iresponsabilității sunt soluționate de psihiatria judiciară, care joacă un rol auxiliar în realizarea justiției în dosarele penale.

Responsabilitatea este o categorie distinctă în dreptul penal, având trăsături specifice și

nefiind doar opusul iresponsabilității. Ea constituie o condiție esențială pentru tragerea la răspundere penală a unei persoane. Aceasta reflectă o stare psihică ce implică un anumit nivel de dezvoltare social-psihologică, o vârstă adecvată și o sănătate mentală corespunzătoare, permițând individului să conștientizeze și să înțeleagă consecințele acțiunilor sau inacțiunilor sale.

În literatura de specialitate există și noțiunea de responsabilitate redusă. Aceasta apare atunci când discernământul unei persoane este diminuat, dar nu complet este absent. Așadar, accentuăm faptul că acest concept este utilizat în dreptul penal pentru a descrie situațiile în care un individ nu are capacitate deplină de a înțelege consecințele acțiunilor sale, dar nici nu este complet lipsit de discernământ.

În viziunea noastră, responsabilitatea redusă poate fi definită, dintr-o perspectivă doctrinară ca fiind acea formă atenuată a responsabilității juridice în care capacitatea unei persoane a înțelege și de a controla consecințele propriilor fapte este diminuată, dar nu înlăturată complet. Aceasta intervine în situațiile în care discernământul este afectat de factori precum vârsta, tulburările psihice, intoxicațiile involuntare sau alte circumstanțe care alterează parțial capacitatea de exercițiu a voinței și rațiunii, justificând aplicarea unor sancțiuni sau măsuri adaptate gradului de imputabilitate a individului.

În legislația penală a unor state precum Germania, Rusia și Polonia, există conceptul de responsabilitate parțială, care reprezintă o stare intermediară între responsabilitate și iresponsabilitate. Aceasta apare în cazul unor tulburări psihice ce afectează capacitatea persoanei de a înțelege pe deplin pericolul faptelor sale. Deși nu înlătură responsabilitatea, această stare poate justifica o pedeapsă mai ușoară sau măsuri de constrângere medicală.

CP al RM [26] reglementează, prin art. 23/1, conceptul de responsabilitate redusă. Persoana care, din cauza unei tulburări mentale confirmate prin expertiză, nu a înțeles pe deplin natura faptelor sale sau nu le-a putut controla complet, va răspunde penal într-o formă atenuată. Instanța va lua în considerare această stare la stabilirea pedepsei sau a măsurilor de siguranță, fără a exclude însă răspunderea penală.

Organele judiciare au obligația de a analiza deficiențele psihice ale infractorului, inclusiv devianțele psiho-morale și psiho-patologice, fiind necesară o delimitare clară între acestea. Diferențierea este crucială atât pentru stabilirea răspunderii și vinovăției, cât și pentru aplicarea unor măsuri de protecție adecvate. Chiar și persoanele iresponsabile din cauza unor afecțiuni psihice, dar care prezintă un risc social, necesită o gestionare adecvată.

Astfel, responsabilitatea sau abilitatea de a înțelege impactul negativ al unei fapte, la fel și abilitatea de a-și manifesta voința și de a-și stăpâni comportamentele, poate fi definită ca o

stare psihologică a persoanei care îndeplinește aceste condiții [164, p. 186].

Conform art. 21 din CP al RM [26], responsabilitatea este esențială pentru infracțiune, definind persoana ca fiind responsabilă. Art. 22 CP al RM [26] definește responsabilitatea ca fiind starea psihologică a individului care îi permite să înțeleagă natura dăunătoare a faptei și să își controleze acțiunile. Art. 23 CP al RM [26] reglementează iresponsabilitatea, care elimină natura penală a faptei, precizând că o persoană aflată într-o stare de iresponsabilitate nu poate fi trasă la răspundere penală, deoarece nu poate conștientiza sau controla acțiunile sale din cauza unei afecțiuni psihice.

Pentru a determina dacă o persoană a acționat cu discernământ, fiind conștientă de pericolul social al faptei sale, este necesară evaluarea de către medici specializați. Expertiza medico-legală psihiatrică, realizată în instituții de profil, examinează starea psihică a individului și oferă justiției o probă științifică privind responsabilitatea acestuia [333].

Expertiza medico-legală psihiatrică are ca scop stabilirea următoarelor aspecte [146]:

1. identificarea eventualelor tulburări psihice și stabilirea diagnosticului actual al persoanei examinate;
2. verificarea existenței disimulării sau simulării afecțiunilor psihice de către persoana în cauză;
3. determinarea dacă subiectul poate fi urmărit penal sau judecat în condițiile stării sale psihice actuale;
4. evaluarea capacității psihice a persoanei la momentul comiterii faptei;
5. verificarea existenței discernământului în raport cu fapta comisă.

Aplicarea măsurii de siguranță în CP al RM depinde de pericolozitatea persoanei și prognosticul tulburărilor psihice. Expertiza, realizată într-o unitate medicală, include teste clinice și de laborator pentru evaluarea discernământului la momentul faptei. Aceasta are valoare probatorie și implicații juridice importante [276, p.186].

Scopurile evaluării medico-legale psihiatrice sunt următoarele [74, p.160]:

- a) stabilirea stării de sănătate psihică a persoanei;
- b) caracterizarea detaliată a personalității individului expertizat din perspectiva socio-psihologică, evidențiind trăsăturile acesteia în legătură cu diagnosticul psihiatric;
- c) evaluarea legăturii cauzale dintre trăsăturile personalității și elementul subiectiv al infracțiunii comise.

În acest context, prevederile art. 30 dispun că internarea într-un spital de psihiatrie a persoanelor supuse expertizei psihiatrice legale staționare sau măsurilor coercitive de natură

medicală se efectuează doar în baza unei hotărâri emise de instanța de judecată” [210, nr.591, din 20.08.2010].

Examinarea persoanelor cu afecțiuni psihice trebuie realizată detaliat și riguros. Expertiza medico-legală psihiatrică trebuie să ofere organelor de urmărire penală și procurorului informațiile necesare pentru a decide asupra continuării cercetărilor sau internării într-un spital specializat [74, p.161].

Raportul de expertiză psihiatrică, respectiv medico-legală, trebuie să conțină următoarele componente (*Anexa nr.1.9*):

1. detalii legate de cazul specific, având în vedere obiectivele stabilite pentru expertiză;
2. menționarea tipurilor și categoriilor de documente examinate (*dosarul cauzei, ordonanța, formularele de internare curentă sau examinările de specialitate în ambulatoriu, formularele de internare, ancheta socială etc.*);
3. descrierea faptei comise, incluzând categoria acesteia, motivele, circumstanțele și împrejurările în care a fost săvârșită, modalitățile de comitere și comportamentul post-faptic;
4. analiza circumstanțelor psihologice și biologice relevante;
5. antecedentele personale (*educație, profesie, situația militară*), antecedentele patologice, comportamentale și penale;
6. contextul social al persoanei în cauză.

Expertiza medico-legală psihiatrică, reglementată de art. 154 din Legea nr. 68, se finalizează cu un raport ce conține concluziile expertului. Diagnosticul timpuriu facilitează evaluarea infractorilor cu deficiențe psihice, dar cazurile ușoare pot crea dificultăți. Pe baza raportului, se pot dispune măsuri de constrângere medicală, inclusiv internarea în instituții psihiatrice cu supraveghere strictă sau obișnuită [149, 44-46, la 21.05.1998].

Pentru ca decizia instanței privind măsurile aplicabile să fie completă, judecătorul trebuie să respecte prevederile art. 22 din HP al CSJ al RM privind procedura penală. Acest articol impune stabilirea clară a faptei comise de o persoană aflată în stare de iresponsabilitate sau cu tulburări psihice, analizând capacitatea mintală a acesteia, probele disponibile și natura afecțiunilor atât la momentul faptei, cât și în timpul procesului.

Dacă se constată că o infracțiune a fost comisă în stare de iresponsabilitate, instanța trebuie să dispună măsuri de constrângere medicală. CP român [36] reglementează trei cauze care exclud responsabilitatea: iresponsabilitatea, beția și minoritatea. Definierea iresponsabilității se bazează pe criteriul biopsihologic, ceea ce înseamnă că nu este suficientă existența unei afecțiuni psihice, ci trebuie demonstrat că aceasta a afectat concret capacitatea de înțelegere și

voință a persoanei.

Beția reprezintă consumul sau introducerea în organism a unor substanțe excitante sau narcotice, care generează o stare psihologică anormală, cauzată de efectele acestor substanțe asupra corpului și facultăților mintale ale individului [64, p. 271].

În doctrina dreptului penal [64, p. 272], se disting diferite tipuri de beție, luând în considerare atitudinea psihologică a persoanei față de inducerea stării de ebrietate, precum și intensitatea acesteia. Prin urmare, în funcție de comportamentul persoanei în raport cu inducerea stării de beție, se pot distinge următoarele (fig. 3.2. *Reprezentarea grafică a infracțiunilor comise în stare de ebrietate, decembrie 2020*):

1. *Beția accidentală* – reprezintă o stare de intoxicație alcoolică în care persoana consumă alcool fără intenție, adică aceasta se manifestă fără a depinde de voința persoanei respective.

2. *Beția voluntară* – este o stare de intoxicație alcoolică, produsă prin consumul voit de alcool, fără constrângere sau eroare, și are implicații juridice semnificative în materie penală.

Starea de beție voluntară poate fi:

a. *simplă* – produsă fără dorința de a se îmbăta;

b. *preordinată* - indusă intenționat pentru facilitarea săvârșirii unei infracțiuni.

Există o legătură între eroarea de fapt și starea de beție, atât în ceea ce privește reglementarea acesteia în legea penală, cât și în ceea ce privește cerința ca beția să fie completă în momentul comiterii infracțiunii, fiind cauzată exclusiv de consumul de alcool sau alte substanțe [63, p. 148].

Beția voluntară poate fi o circumstanță agravantă sau atenuantă, în funcție de context. De exemplu, dacă o persoană consumă alcool, deși îi este interzis medical și devine agresivă, nu poate invoca această stare ca atenuantă. Conform art. 29 din CP român [36], faptele comise sub influența unei intoxicații involuntare cu alcool sau substanțe psihoactive nu sunt imputabile.

Beția completă afectează discernământul, dar se deosebește de intoxicația cronică cu alcool, care poate provoca tulburări psihice permanente. În acest caz, răspunderea penală este înlăturată din cauza afecțiunii psihice, nu a beției. În dreptul italian și român, intoxicația cronică este echivalentă cu iresponsabilitatea, abordare aplicabilă și în CP al RM, chiar fără o reglementare expresă.

Unii autori sugerează o clasificare mai detaliată, care include: *beția letargică*, caracterizată printr-o stare de inconștiență ce elimină ideea de comportament uman voluntar; *beția completă*, care exclude responsabilitatea; *beția incompletă*, care reduce gradul de responsabilitate; și *excitația alcoolică simplă*, fără impact asupra răspunderii [287, p. 309; 271,

p. 400].

Clasificarea stărilor de beție ajută la determinarea impactului asupra răspunderii penale, însă doar beția completă involuntară exclude responsabilitatea. Aceasta apare când o persoană consumă involuntar substanțe care induc starea respectivă sau când, din eroare, nu cunoaște efectele lor. Pentru înlăturarea vinovăției, beția trebuie să fie completă, afectând total capacitatea de înțelegere și control. În practică, aceasta presupune pierderea completă a facultăților psihice și a controlului asupra mișcărilor [282, p. 400; 7, p. 240].

Beția involuntară completă trebuie să acopere întreaga durată a infracțiunii; dacă fapta continuă după dispariția ei, vinovăția nu este înlăturată pentru actele ulterioare.

Minoritatea exclude răspunderea penală, deoarece minorul nu îndeplinește condițiile legale necesare. Dezvoltarea umană presupune etape distincte, iar în copilărie și adolescență capacitatea de a evalua corect acțiunile este limitată, adolescenții având tendințe de emancipare și respingere a valorilor impuse de adulți [137, p.459].

Educația continuă ajută minorii să înțeleagă acțiunile lor și să distingă binele de rău. Vulnerabilitatea biopsihologică trebuie considerată în stabilirea măsurilor pentru minorii implicați în fapte antisociale. Organisme internaționale precum ONU, prin Convenția privind drepturile copilului [7], subliniază necesitatea protecției și asistenței juridice adecvate. Copilăria și adolescența sunt etape de formare a capacității psihice, iar juridic definesc „*minoritatea*”. În lipsa maturității psihice, răspunderea penală nu poate fi aplicată, dezvoltarea continuând până la majorat [231, p. 51].

În dreptul penal, minorii sunt clasificați în iresponsabili și responsabili penal, criteriul principal fiind vârsta. Autorul O. Rotari afirmă că o persoană poate răspunde penal doar dacă a atins vârsta minimă la momentul faptei. În funcție de vârstă și discernământ, minorii pot fi iresponsabili sau răspunzători în regim atenuat. Legislațiile disting trei etape: lipsa responsabilității, responsabilitate relativă și certă. R. Garofalo critică această clasificare ca fiind simplistă, susținând segregarea delincvenților juvenili. Criminologia favorizează prevenția și educația în combaterea delincvenței, în locul intensificării răspunderii penale [362, pp. 354-363]. Această evoluție necesită structuri adecvate și autorități competente pentru o organizare eficientă. Discernământul este determinat prin expertiză specializată și evaluat în raport cu fapta concretă. Astfel, un minor care comite mai multe infracțiuni poate fi considerat responsabil pentru unele dintre ele, dar iresponsabil pentru altele [238, p. 398; 7, p. 238]. Potrivit art. 475 alin. (2) din CPP al RM, în cazurile ce implică minori fără boli psihice, dar cu debilitate mintală, trebuie stabilit faptul dacă aceștia au fost conștienți de fapta comisă. În acest scop, se audiază

persoane relevante, precum părinți și profesori, se solicită documente necesare și se efectuează o anchetă socială, alături de alte proceduri judiciare.

2.2. Iresponsabilitatea penală și evoluția acesteia. Elemente de drept comparat. Coraportul dintre cauzele care înlătură caracterul penal al faptei versus cauzele justificative conform legislației penale din România și Republica Moldova

Persoanele fără capacitate psihică pot fi supuse măsurilor de siguranță, precum internarea medicală. Istoric, legislațiile au exclus pedepsirea faptelor comise în stare de ireponsabilitate. Platon propunea doar despăgubiri, iar în dreptul roman, barbar și canonic, nebunii erau exonerati. În Evul Mediu, uneori erau pedepsiți, fiind considerați posedați, dar treptat s-a acceptat că nu trebuie sancționați. Legislațiile moderne, influențate de doctrina clasică, mențin această abordare [136, p. 339].

De-a lungul istoriei, conceptele juridice au fost interpretate diferit și reflectate în diverse codificări legislative. Lex Cornelia prevedea că infracțiunile comise de persoane cu afecțiuni mintale puteau reduce sau exclude responsabilitatea penală, în funcție de circumstanțe [87, p. 161].

Astfel, în „*Cartea Românească de învățătură*” și în pravilele lui Vasile Lupu din 1646, precum și în „*Îndreptarea legii*” lui M. Basarab din 1652, se face referire la starea psihică, considerând că nebunia poate avea diverse forme, precum una permanentă, intermitentă sau simulată, iar starea de beție era privită ca o formă de atenuare a răspunderii [87, p. 161].

Legislația penală română a inclus, de-a lungul timpului, dispoziții care exonerau de pedeapsă persoanele ireponsabile. Vechile legiuri prevedeau metode de verificare a celor care simulau nebunia, incluzând examinări medicale și interogarea vracilor. Principiul ireponsabilității era formulat astfel: „*Persoana lipsită de discernământ nu va fi condamnată pentru greșelile sale*” [212, p.754]. Codul Știrbey (**art. 52**) considera că faptele comise în stare de derută mintală sau sub constrângere nu constituiau infracțiuni. CP din 1864 (**art. 75**) reglementa ireponsabilitatea, incluzând beția accidentală, somnul natural, somnambulismul sau hipnoza ca excluderi de la răspunderea penală [43, p. 96-97]. O persoană nu este considerată vinovată dacă a comis o faptă într-o stare de confuzie mentală sau pierdere a rațiunii, cauzată de factori independenți de voința sa. CP din 1936 [32], emis sub Carol al II-lea, menționa alienația mintală ca o cauză de excludere sau reducere a pedepsei. Conform art. 128, nu răspunde penal cel aflat în stare de inconștiență din cauza unei alienații mintale sau a altor factori. CP din 1968 [34], prin art. 48, trata ireponsabilitatea ca o cauză ce elimină caracterul penal al faptei. Deși CP din 1938 [33] și CP din 1968 [34] conțin dispoziții similare privind inconștiența la momentul

faptei, ele diferă ca efecte: CP din 1938 [33] menținea caracterul infrațional al faptei, dar înlătura răspunderea penală, pe când CP din 1968 [34] stabilea că, în lipsa vinovăției, fapta nu constituie infracțiune:

1) în CP italian și în CP de model american, în titlul referitor la infractor;

2) în CP german și în CP spaniol, această materie este reglementată în capitolul despre infracțiune, deși în CP spaniol există un titlu distinct pentru persoana responsabilă de săvârșirea infracțiunii;

3) în CP portughez și în CP francez, starea de iresponsabilitate este reglementată în capitolul referitor la cauzele de iresponsabilitate sau de atenuare a responsabilității, alături de eroare, constrângere, ordinul legii, legitima apărare și starea de necesitate.

În dreptul penal francez, demența este o cauză de neimputabilitate. Conform art. 64, nu există crimă sau delict dacă persoana se afla în stare de demență la momentul faptei. Termenul include toate formele de alienație mintală, fie congenitale (*cretinism, idiotism, imbecilitate*), fie dobândite prin boli (*paralizie generală, demență precoce*). El acoperă atât nebunia generalizată, cât și forme specifice precum mania persecuției. Lipsa unei definiții medicale clare pentru "demență" în CP din 1810 reflectă nivelul de dezvoltare incipient al psihiatriei la acea vreme [28] [296, p. 125-131].

Tulburările psihice pot influența comportamentul, uneori inducând la infracțiuni grave. Ignorarea acestui aspect într-un proces penal afectează justiția. Conform art. 31 CP al României [36], nu este infracțiune fapta comisă de o persoană care, din cauza alienației mintale, nu își poate înțelege sau controla acțiunile. Iresponsabilitatea, distinctă de incapacitățile legale, poate fi înnăscută sau rezultată din boli precum schizofrenia, epilepsia sau leziuni cerebrale [81, p. 158].

La fel ca în codurile penale italian, spaniol, german și francez, CP român [36] aplică criteriul biopsihologic pentru evaluarea iresponsabilității. Nu este suficientă existența unei afecțiuni psihice, ci trebuie dovedit că aceasta a afectat capacitatea de voință și înțelegere. Datorită diversității tulburărilor care pot influența responsabilitatea, legiuitorul a adoptat termenul general de alienație mintală [55, p. 215-222]. De ex., în practică, s-a acceptat iresponsabilitatea în cazul persoanelor inculpate care suferă de schizofrenie, schizofrenie paranoidă sau oligofrenie de gradul I [222, p. 203; 152, p. 63; 153, p. 235]. Iresponsabilitatea poate apărea și din alte cauze decât tulburările de alienație mintală.

În dreptul penal, alienația mintală desemnează orice boală psihică, incluzând psihozele, delirul, halucinațiile și tulburările intelectuale precum cretinismul sau infantilismul. Poate fi cauzată de anomalii în dezvoltarea psihică sau de afecțiuni ale sistemului nervos. Totuși,

psihiatria modernă contestă acest termen, considerându-l învechit [193, p. 34].

Până la adoptarea unei denumiri unanim acceptate de specialiști, termenul de alienație mintală poate fi folosit în dreptul penal și în criminologie pentru a desemna tulburările psihice ce conduc la iresponsabilitate penală, indiferent de controversele legate de definiția sa juridică.

2.2.1. Delimitări conceptuale privind sintagma „persoană afectată de tulburări psihice”

Pentru a înțelege conceptul de persoană cu tulburări mintale, putem analiza reacțiile societății față de cei cu comportament deviant, precum gesticulații, strigăte sau dialoguri incoerente. De obicei, oamenii evită astfel de persoane, percependu-le ca fiind deranjante sau chiar periculoase, ceea ce reflectă tendința de a le considera un potențial pericol social.

De-a lungul timpului, persoanele cu tulburări mintale au fost menționate în explicații religioase și spirituale. În secolul al XVII-lea, nebunia a început să fie privită ca o afecțiune fizică. Creșterea numărului de persoane sărace cu astfel de probleme a stârnit îngrijorare, iar acestea erau adesea plasate în închisori, în aziluri sau spitale.

În trecut, persoanele cu boli mintale erau considerate incurabile și tratate ca o clasă inferioară, fiind izolate în instituții speciale. Abia în secolul al XVII-lea, odată cu apariția preocupărilor umanitare, a început o schimbare de atitudine, iar multe instituții au introdus un tratament, cunoscut drept „*moral*” [124].

În unele țări în dezvoltare, serviciile psihiatrice s-au îmbunătățit prin integrarea în spitale generale și formarea personalului medical [233]. Totuși, deficitul de specialiști limitează accesul populației la îngrijire adecvată. În secolul al XXI-lea, tratamentul tulburărilor mintale a progresat, subliniind influența factorilor sociali asupra depresiei și anxietății. Anxietatea, un concept complex, este asociată cu frica, teama, neliniștea și panica.

Potrivit viziunii autorului G. Breslav, frica este o reacție emoțională de natură afectivă, ce apare atunci când o persoană se află într-o situație periculoasă pentru care nu este pregătită. Această emoție se caracterizează prin prezența unui obiect „*real*”.

Autorul P. Popescu-Neveanu definește teama ca o experiență emoțională negativă, marcată de sentimente de nesiguranță, neliniște, alertă și agitație, asociate cu o reacție de evitare în fața unui pericol perceput, fie apropiat, fie îndepărtat [205, p. 57]. Autorul J. Sartre susține că aprehensiunea reprezintă o stare asemănătoare anxietății, însă cu o intensitate mai scăzută [214, p.78]. Autorul U. Șchiopu afirmă că neliniștea este o stare psihică afectivă care influențează atitudinile și motivațiile, dominând fie așteptarea unui eveniment neplăcut și consecințele acestuia, fie așteptarea unui eveniment plăcut, însoțită de teama că ar putea interveni un obstacol, fie anticiparea unui eveniment important cu o probabilitate mare de a se întâmpla [236, p.72].

Conform lui T. Crețu, panica este o reacție afectivă declanșată de evenimente imprevizibile și grave, care amenință existența, confortul și capacitatea de adaptare, având posibile consecințe semnificative [129, p.392]. N. Sillamy definește angoasa ca o stare de disconfort profund, marcată de neliniște extremă și teamă irațională. Angoasa reprezintă o formă extremă de neliniște, o frică irațională intensificată, o amplificare a anxietății [219, p.32].

Persoana care suferă de tulburări psihice este considerată o persoană cu dizabilități. Din perspectiva autoarei M. Bulgaru, dizabilitatea poate fi divizată în 3 categorii: *medicală (deficiență, deficit, invaliditate, perturbare)*, *funcțională (pierderea sau diminuarea abilităților fizice, mentale, senzoriale)* și *socială (inadaptare, marginalizare, inegalitate, segregare, excludere)*.

Cercetătorii români Aurelia Racu, Doru Vlad Popovici, Virginia Crețu, Sergiu Racu și Cătălin Bucinschi consideră dizabilitatea un continuum ce include: deficiența persoanei, dezavantajele mediului și politicile sociale menite să le reducă [207]. Alți autori definesc dizabilitatea ca o scădere a vitalității din cauza bolii sau traumelor, afectând abilități precum învățarea, comunicarea, deplasarea și capacitatea de muncă [212].

La nivel internațional, termenii „dizabilitate” și „persoane cu dizabilități” au fost influențați de activitatea OMS. Deși în anii 1980 definițiile sale păreau unanim acceptate, ulterior au apărut critici, deoarece plasau cauzele incapacității în deficiențe considerate anormale. Ca răspuns, în 1997, OMS a inițiat revizuirea Clasificatorului Internațional al Deficiențelor. Modelul medical, cunoscut și ca „*model al limitării funcționale*”, susține că anumite tulburări reduc semnificativ capacitatea de funcționare, iar persoanele cu deficiențe mintale erau percepute ca având capacități inferioare majorității.

Din această viziune a emergat necesitatea de a crea instituții specializate, care să se ocupe de aceste persoane într-un mod specific, având scopuri clare. Aceste instituții aveau un dublu scop important:

1) plasarea persoanelor cu deficiențe psihice într-un mediu controlat, astfel încât membrii familiilor lor să poată continua să își îndeplinească obligațiile profesionale sau sociale, fără a fi împovărați de responsabilitatea de îngrijire constantă a acestora.

2) pregătirea acestor persoane pentru a deveni membri productivi ai societății, prin oferirea unor condiții de învățare, formare profesională sau adaptare socială. În acest scop, se încerca integrarea lor în activități care să le permită să participe în mod activ și util la viața economică și socială, chiar dacă într-o formă adaptată nevoilor lor individuale.

Instituțiile nu mai erau doar locuri de izolare, ci și centre de reabilitare, având ca scop integrarea persoanelor cu deficiențe psihice în societate. Totuși, acest model a fost criticat

întrucât trata indivizii doar ca pacienți, neglijând posibilitatea lor de a duce o viață mai independentă.

În epoca modernă, instituțiile speciale au evoluat de la un rol reformativ la unul de control social și segregare a persoanelor „*sub-normale*”. Accentul era pus pe modificarea individului, considerând că problemele sale rezultă din eșec personal, nu din factori sociali. Astfel, intervențiile vizau reabilitarea, fără a aborda cauzele educaționale sau sociale ale dificultăților.

Concluzia principală era că, deși indivizii pot fi modelați și supuși schimbării, societatea rămâne statică și imposibil de modificat. Astfel, responsabilitatea cădea asupra individului de a se adapta la un mediu adesea neprietenos.

Modelul social al dizabilității contrazice modelul medical, considerând dizabilitatea o problemă a societății, nu a individului. Conform CIF 2001, limitările activității nu sunt doar consecința unor deficiențe, ci rezultatul dificultății de integrare în societate. Astfel, responsabilitatea revine colectivității, care trebuie să adapteze mediul pentru a permite participarea deplină a persoanelor cu dizabilități. Într-o societate ideală, dizabilitatea ar fi eliminată printr-un acces echitabil la servicii și infrastructură [402, p. 20-21].

Pe plan internațional, după cum a specificat Gh. Radu [206], dar și majoritatea cercetătorilor și practicienilor acceptă următoarea clasificare a deficienței mintale: deficiență mintală profundă, cu coeficient de inteligență (C.I.) între 0 și 20/25, care afectează aproximativ 1-2% din persoanele cu retard mintal, deficiență mintală severă, cu C.I. între 20/25 și 35, reprezentând aproximativ 3-4% din persoanele cu retard mintal, deficiență mintală moderată, cu C.I. între 35 și 50/55, care afectează aproximativ 10% din persoanele cu retard mintal, deficiență mintală ușoară, cu C.I. între 50/55 și 70/75, care este prezentă la aproximativ 85% dintre persoanele cu retard mintal.

Clasificatorul Internațional al Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF), 2001, marchează o schimbare față de clasificările anterioare, care se axau doar pe efectele afecțiunilor. Noua abordare include nu doar sănătatea fizică și mentală, ci și activitățile zilnice, participarea socială și factorii de mediu care influențează funcționarea individului.

Versiunea CIF din 2001 nu se limitează la efectele negative ale bolilor, ci analizează „*componentele sănătății*” ca factori ce influențează starea generală de bine. Acestea includ atât funcționarea fizică și mentală, cât și impactul mediului social, politic și cultural asupra sănătății.

CIF 2001 [127] adoptă o abordare neutră privind cauzele bolilor sau dizabilităților, oferind flexibilitate în cercetare. Astfel, permite analiza relației dintre factori biologici,

psihologici și sociali în influențarea sănătății. În acest studiu, termenul „*dizabilitate mintală*” este utilizat conform CIF 2001 [127], reflectând o viziune extinsă ce include atât afecțiunile, cât și impactul factorilor sociali și de mediu asupra funcționalității individului.

Studiile despre dizabilitatea mintală includ concepția lui J.S. Kounin, care evidențiază „*rigiditatea*” ca trăsătură esențială în dezvoltarea acesteia. Această rigiditate influențează reacțiile la stimuli, fiind mai accentuată la copii, în special în psihomotricitate și limbaj. Ea nu se reflectă doar în comportament, ci are rădăcini neuropsihologice profunde, afectând interacțiunea individului cu mediul și modul în care își structurează răspunsurile [402, p.20-21].

Teoria lui James-Lange susține că tulburările psihice sunt cauzate de modificări fiziologice declanșate de stimuli și transmise către creier prin conexiuni nervoase inverse, generând reacții emoționale. D. Watson consideră emoțiile reacții ereditare, manifestate încă din primele stadii de dezvoltare. El identifică frica, iubirea și furia, ca reacții biologice, exemplificând frica prin oprirea respirației, plâns sau gesturi haotice. Sentimentele legate de obiecte sunt asociate cu posesia și activități diverse, fiind clasificate în materiale, intelectuale și estetice. Afectivitatea susține trăirile și reflectă relația individului cu mediul, influențând reacțiile emoționale [83].

Autorul P. K. Anohin subliniază rolul afectivității în reglarea rapidă a comportamentului și inițierea acțiunilor [249, p.45]. Autorul P. Popescu-Neveanu o descrie ca o vibrație ce implică aspecte organice, psihice și comportamentale, influențând atât procesele interne, cât și adaptarea socială [202, p.80]. Autorul Vasile Pavelcu evidențiază legătura dintre afectivitate și capacitatea de a înțelege alte persoane [194, p. 32]. Autorul Théodule Ribot consideră simpatia, o formă specializată a afectivității, fundamentul vieții sociale [148, p. 36].

Afectivitatea cuprinde ansamblul reacțiilor emoționale generate de atitudini, necesități și aspirații, reflectând relația individului cu mediul. Ea include sentimente, emoții și pasiuni, manifestate ca afecte și emoții în momente specifice sau ca dispoziții latente [215, p. 148]. Când sunt profunde și persistente, devin sentimente, iar dacă au intensitate extremă, se transformă în pasiuni. Afectivitatea poate fi activă, implicând participare directă, sau pasivă, manifestându-se prin percepție și suportare a evenimentelor.

Autorul V. Pavelcu consideră că stările afective reflectă gradul de armonie sau discordie dintre un obiect sau o situație și tendințele noastre, indicând relația dintre realitate și motivațiile noastre [195, p. 112].

Este esențial de marcat faptul că diferiți autori utilizează o terminologie distinctă pentru a caracteriza și denumi diverse stări afective. Autorul G. Debus le consideră „*sentimente*”, Fr.

Littmann le numește „emoții”, iar P. Popescu-Neveanu le definește drept „afecte” [202]. Autorul B. Spinoza identifică 48 de „afecte” fundamentale, bazate pe dorință, bucurie și tristețe, fără a face distincție între emoții și sentimente. Autorul O. Ewert clasifică stările afective în dispoziții, tonuri ale trăirilor și sentimente, fără a le separa de emoții. Aceste procese joacă un rol esențial în adaptare, generând reacții stereotipice evolutive, precum fuga sau agresivitatea. Dispozițiile sunt trăiri afective difuze, moderat intense, care creează un fundal emoțional pozitiv sau negativ.

Opiniile privind natura dispoziției sunt divergente. Autorii V. Nowlis, A. Wessman și G. Ricks o definesc ca o trăsătură emoțională legată de sentimente și comportament, influențând viața individului. Autorii C.C. Platonov și G. Golubev o percep ca o sumă de stări psihice dominate de un ton emoțional specific. În schimb, S. L. Rubenștein, N. D. Levitov și G. A. Fortunatov o consideră o stare emoțională distinctă. Unii cercetători preferă termenul „*fond emoțional*”, reflectând atitudinea generală față de sine și mediu. Dispoziția este influențată de factori organici, mediu și relații sociale, afectând confortul psihologic și fiziologic [119, p. 131].

Cercetările arată că sănătatea mentală este un domeniu de studiu continuu. Tulburările psihice nu sunt cauzate de slăbiciuni personale, deficiențe morale sau lipsa educației, ci pot afecta orice persoană, indiferent de vârstă, gen, naționalitate sau statut social.

2.2.2. Legătura dintre iresponsabilitate penală și alte cauze care elimină caracterul penal al faptei

Iresponsabilitatea poate apărea alături de alte cauze, care înlătură caracterul penal al faptei, precum legitima apărare, starea de necesitate, constrângerea sau eroarea de fapt. În aceste cazuri, identificarea factorului principal ce exclude infracțiunea este esențială.

Conform art. 48 din CP al RM [26] și art. 28 din noul CP al RM [26], acțiunea stipulată de legislația penală nu constituie infracțiune dacă făptuitorul, din cauza unei tulburări mintale sau a altor factori, nu era în măsură să perceapă natura acțiunilor sau inacțiunilor sale, sau nu putea să le stăpânească.

Iresponsabilitatea desemnează starea unei persoane incapabile să conștientizeze natura, importanța și implicațiile sociale, morale și juridice ale propriilor acțiuni, precum și consecințele acestora, ori să își exercite controlul asupra voinței în mod adecvat în raport cu faptele sale [95].

Având în vedere diversitatea formelor pe care le poate lua incapacitatea psihofizică, este esențial să se analizeze cu atenție starea de fapt în fiecare caz care urmează a fi rezolvat [139].

O persoană cu tulburări mintale poate comite infracțiuni fără a conștientiza acțiunile sale, din cauza unor comenzi cerebrale iraționale și haotice. Lipsa autocontrolului și a autoanalizei, alături de disfuncțiile neurofiziologice, afectează total sau parțial activitatea psihică.

Legătura dintre eroarea de fapt și iresponsabilitate are două aspecte: infracțiunea comisă intră sub incidența legii penale, iar incapacitatea psihică a făptuitorului trebuie să fie prezentă pe întreaga durată a săvârșirii faptei.

2.3. Noțiunea, definițiile și particularitățile iresponsabilității penale

Iresponsabilitatea implică incapacitatea de a înțelege semnificația socială, morală sau legală a propriilor acțiuni și de a le controla. Aceasta rezultă din deficiențe intelectuale, volitive sau dintr-o combinație a acestora, afectând stabilirea vinovăției. Incapacitatea psihică poate fi cauzată de:

- 1). anomalii care împiedică dezvoltarea facultăților psihice, precum cretinismul, idiotenia, infantilismul sau debilitatea mintală;
- 2). afecțiuni ale sistemului nervos, cum ar fi schizofrenia și psihozele delirante maniaco-depresive;
- 3). tulburări psihice induse de intoxicații cu alcool, substanțe stupefiante sau narcotice;
- 4). fenomene fiziologice, precum somnul natural, somnul hipnotic sau leșinul.

Sușinem că iresponsabilitatea reprezintă un motiv de neimputabilitate pentru fapta prevăzută de legea penală comisă de o persoană, din cauza lipsei vinovăției, care este o caracteristică esențială a infracțiunii.

Majoritatea oamenilor sunt psihologic normali, dar pot avea deviații care afectează intelectul, voința și adaptarea socială. Responsabilitatea psihică, ca aspect biopsihic, diferă de răspunderea penală, care implică o faptă incriminată. Totuși, deși răspunderea penală presupune responsabilitate psihică, aceasta nu implică automat vinovăție, existând excepții precum legitima apărare, starea de necesitate sau eroarea de fapt.

Determinarea incapacității psihice necesită expertiza medicală pentru a stabili dacă, la momentul faptei, persoana putea înțelege și controla acțiunile sale. Aceasta poate fi temporară sau permanentă, totală sau parțială. Iresponsabilitatea implică o incapacitate totală, în timp ce afectarea parțială poate duce la o responsabilitate redusă, având rol atenuant. În cazurile severe, se poate dispune internarea medicală, ca măsură de siguranță.

În dreptul penal francez, demența este reglementată ca o cauză de neimputabilitate. Conform art. 64, „nu poate fi considerată infracțiune o faptă dacă, în momentul săvârșirii acesteia, autorul se afla într-o stare de demență (CP francez, I, 92-683 din 22 iulie 1992).

Noțiunea de „demență” se referă la toate formele de alienație mintală, incluzând atât afecțiunile congenitale ale inteligenței (*cretinismul, idiotismul, imbecilitatea*), cât și cele cauzate

de maladii (*ex. paralizia generală, demența precoce*). Acesta cuprinde nu doar nebunia generalizată, ci și formele de nebunie localizată, cum ar fi mania persecuției.

În concluzie, iresponsabilitatea, indiferent de terminologia utilizată sau de formele și modurile în care a fost reglementată, a fost recunoscută în legislațiile penale anterioare, reprezentând o constantă juridică esențială, o realitate ce nu poate fi neglijată.

Iresponsabilitatea a fost reglementată prin art. 48 din CP al României din 1968 [34], care prevedea: *„Fapta nu este considerată infracțiune dacă, în momentul comiterii acesteia, făptuitorul, din cauza unei alienații mentale sau a altor motive, nu avea capacitatea de a înțelege acțiunile sau omisiunile sale sau de a le controla.”*

CP al României (*art. 28*) prevede că nu poate fi trasă la răspundere penală o persoană care, la momentul faptei, nu își putea percepe sau controla acțiunile din cauza unei afecțiuni psihice [36]. Similar, CP al RM (*art. 23*) definește iresponsabilitatea ca opusă responsabilității și stabilește că persoana nu răspunde penal dacă, din cauza unor afecțiuni psihice sau tulburări temporare, nu își putea conștientiza ori controla comportamentul.

Conform art. 23 din CP al RM [26], iresponsabilitatea reprezintă o cauză care exclude caracterul penal al faptei, fiind reglementată în alin. (1), care precizează că: *„Individul care, în momentul comiterii unei fapte dăunătoare, se afla într-o stare de iresponsabilitate, adică nu era în stare să-și conștientizeze acțiunile sau inacțiunile ori nu le putea controla din cauza unei afecțiuni psihice de lungă durată, a unei tulburări mentale temporare sau a altor stări patologice, nu va fi supusă răspunderii penale.”*

Conform art. 23 alin. 2 din CP al RM [26], o persoană nu poate fi trasă la răspundere penală dacă, după comiterea faptei și înainte de pronunțarea sentinței, dezvoltă o afecțiune psihică ce îi afectează conștientizarea sau controlul acțiunilor. CP român [36], similar celor italian, spaniol, german și francez, utilizează criteriul biopsihologic, conform căruia existența unei afecțiuni psihice nu este suficientă pentru stabilirea iresponsabilității, fiind necesară o evaluare concretă a impactului acesteia asupra discernământului.

În acest context, intenția și culpa sunt componente esențiale ale vinovăției. Doctrina italiană susține că vinovăția trebuie analizată împreună cu aceste elemente, respectând totodată, cele trei condiții fundamentale ale teoriei normative:

- 1). responsabilitatea propriu-zisă;
- 2). conștientizarea caracterului antijuridic al faptei;
- 3). posibilitatea de a adopta o conduită conformă normei juridice și de a respecta această exigență.

Așa cum am menționat anterior, intenția și culpa au și rolul de elemente subiective ale tipicității [64, p. 112]. Iresponsabilitatea se referă la o stare de incapacitate psiho-fizică a unei persoane, în care aceasta nu poate înțelege semnificația, valoarea sau consecințele acțiunii sale ori nu își poate controla și orienta voința în mod normal.

O persoană cu incapacitate psihică nu înțelege semnificația socială a acțiunilor sale și nu își poate controla voința. Iresponsabilitatea provine din afecțiuni psihice grave, incluzând demența, alienarea, idioția, imbecilitatea, monomaniile sau epilepsia. Stabilirea acesteia necesită expertiză psihiatrică pentru a verifica dacă, la momentul faptei, persoana era incapabilă să conștientizeze și să își controleze acțiunile. Excluderea răspunderii penale impune demonstrarea imposibilității de a înțelege și a gestiona propriul comportament. Uneori, bolnavii psihici par să acționeze conștient, dar lipsa unei motivații clare poate indica o tulburare psihică.

Medicina legală corelează iresponsabilitatea cu anumite comportamente antisociale, precum suicidul, omorul, devianțele sexuale, piromania, cleptomania sau fuga de la domiciliu, care pot sugera o afectare a capacității psihice.

Iresponsabilitatea trebuie să fie prezentă la momentul faptei, iar gradul de alienație mintală influențează capacitatea de a înțelege și a anticipa consecințele acțiunilor. Expertiza medico-legală delimitează iresponsabilitatea de răspunderea juridică. Dacă afectarea psihică este parțială, răspunderea penală nu este exclusă. Deși unele infracțiuni pot sugera o tulburare psihică, expertiza psihiatrică este obligatorie doar pentru omorul calificat și se dispune în alte cazuri doar dacă există suspiciuni privind sănătatea mentală a inculpatului.

Cauzele incapacității psihice pot fi patologice, cum ar fi idioția, psihozele sau tulburările psihice severe, dar și factori fiziologici precum somnul, leșinul sau intoxicațiile cu alcool, droguri ori medicamente.

Cerința unei cauze distincte separă incapacitatea psihică datorată alienației mintale de factori normali ai dezvoltării precum minoritatea sau eroarea de fapt. Iresponsabilitatea se aplică doar dacă fapta este prevăzută de legea penală și poate coexista cu alte cauze de exonerare, cum ar fi legitima apărare, deși reacțiile persoanelor iresponsabile pot fi disproporționate. Răspunderea civilă poate reveni celor obligați să supravegheze făptuitorul. Conform fostului CP [36], iresponsabilitatea exclude răspunderea penală dacă făptuitorul nu își conștientiza acțiunile din cauza unei afecțiuni mintale sau a altor cauze.

Incapacitatea psihică poate fi cauzată de anomaliile care împiedică dezvoltarea normală a facultăților psihice (*cretinism, idioțenie, infantilism, debilitate mintală*), afecțiuni ale sistemului nervos (*schizofrenie, psihoze maniaco-depresive*), tulburări psihice induse de intoxicații (*alcool,*

stupefiante, narcotice) sau fenomene fiziologice (*somn natural, somn hipnotic, leșin*).

Majoritatea oamenilor sunt psihologic normali, dar pot avea deviații care afectează gândirea și voința, generând dificultăți de adaptare. Responsabilitatea psihică, un concept biopsihic, diferă de răspunderea penală, care depinde de comiterea unei fapte incriminate. Deși interdependente, responsabilitatea psihică nu implică automat răspundere penală, aceasta putând fi exclusă în cazuri precum legitima apărare, starea de necesitate, constrângerea, minoritatea sau eroarea de fapt [143].

Stabilirea incapacității psihice necesită expertiza medicală, care evaluează dacă persoana putea înțelege și controla acțiunile sale la momentul faptei. Medicii analizează capacitatea psihofizică, însă decizia privind răspunderea penală aparține autorităților judiciare. Incapacitatea psihică poate fi temporară sau intermitentă, cu episoade de luciditate. Iresponsabilitatea implică pierderea totală a acestei capacități, iar dacă afectarea este parțială, răspunderea penală nu este exclusă în următoarea clasificare:

- a) atenuată congenitală (*survenită*);
- b) permanentă (*trecătoare*).

Tulburările psihice și impactul lor asupra răspunderii penale reprezintă un domeniu complex, ce necesită analiza cauzelor și efectelor asupra comportamentului uman. Aceste afecțiuni pot diminua, reduce parțial sau chiar exclude răspunderea penală. O clasificare corectă este esențială, dar adesea controversată în psihiatrie. Una dintre cele mai accesibile și simplificate clasificări ale tulburărilor psihice este împărțirea acestora în trei categorii majore:

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

1. *Nevrozele* - sunt tulburări psihice funcționale, ușoare și reversibile, cauzate de factori psihogeni. Se manifestă prin conflicte interne, suferințe psihice sau somatice și sunt conștientizate de persoana afectată. Printre formele frecvente se numără neurastenia, psihastenia, isteria și nevrozele mixte (motorii). Acestea sunt însoțite de anxietate și pot afecta comportamentul social, însă persoana rămâne responsabilă de acțiunile sale. Deși pot apărea episoade agresive, nevroticii sunt conștienți de afecțiunea lor și pot interacționa adecvat cu societatea.

2. *Psihopatiile* - sunt tulburări psihice grave, aflate la limita dintre normalitate și psihoze, fără a afecta raționamentul. Deși unii psihopați pot avea o inteligență superioară, comportamentul lor este marcat de atitudini anormale și tendințe antisociale. Lipsa unui simț moral dezvoltat îi predispune la conflicte, iar dificultățile de adaptare îi împiedică să se integreze pe termen lung în societate. Înțelegerea acestor tulburări este esențială pentru evaluarea impactului lor asupra

comportamentului și răspunderii penale, fiind necesar un diagnostic precis pentru stabilirea gradului de responsabilitate. [237, 158].

Psihopații manifestă frecvent instabilitate, impulsivitate, reacții anormale la cerințele sociale, încăpățănare și tendințe deviante precum toxicomania, mitomania sau infracțiunile. Deși nu sunt considerați nebuni, psihopatia este o tulburare limitrofă, marcată de dificultăți de adaptare în familie și societate [205, p. 439].

Spre deosebire de nevrotic, psihopatul nu își conștientizează boala și nu suferă din cauza ei, dar provoacă suferință celor din jur, adesea intenționat. Acționează cu luciditate și discernământ, fiind, în general, considerați responsabili penal, cu unele excepții. Conform autoarei V. Ursa, psihopatia se clasifică în mai multe tipuri:

- | | | |
|----------------|---------------|------------------|
| a. astenică; | e. impulsivă; | i. psihastenică; |
| b. cicloidă; | f. isterică; | j. timopa. |
| c. epileptică; | g. paranoică; | |
| d. excitabilă; | h. perversă; | |

Printre cele mai frecvente și severe forme de psihoze, conform autorilor [186, 202], numără: psihozele discordante (*schizofrenia*), psihozele acute, psihozele maniaco-depresive, epilepsia, delirurile sistematizate, psihozele post-traumatice, psihozele infecțioase, psihozele de lactație, psihozele de involuție și altele. Persoanele care suferă de aceste tulburări mintale comit frecvent fapte antisociale grave, inclusiv infracțiuni penale.

Potrivit autorilor Dănescu, Tomorug, Constantin, Drăghici și Ioniță, responsabilitatea bolnavilor psihotici nu este întotdeauna abolită complet, ceea ce complică expertiza medico-legală psihiatrică. Evaluarea urmărește determinarea gradului de afectare a discernământului și conștiinței, analizând influența tulburărilor psihice asupra faptei și capacitatea inculpatului de a-și aprecia acțiunile.

Bolile psihice cronice au o evoluție îndelungată și includ psihozele reactive și exogene. Demența, caracterizată prin declin intelectual ireversibil, poate fi congenitală sau rezultată din leziuni cerebrale. Expertiza medico-legală stabilește iresponsabilitatea analizând capacitatea de conștientizare și control al acțiunilor. Dacă boala nu afectează grav aceste funcții, persoana rămâne responsabilă. Incapacitatea psihică poate fi permanentă sau episodică și necesită evaluare medicală. Stări precum somnul sau somnambulismul exclud vinovăția doar dacă nu sunt provocate intenționat, iar minoritatea și beția sunt reglementate separat. De asemenea, potrivit autorului G. Antoniu, stările emotive și cele pasionale, indiferent de natura și intensitatea lor, nu constituie cauze de iresponsabilitate [56, p.222]. Iresponsabilitatea nu poate fi justificată prin

provocarea victimei, indiferent de comportamentul acesteia. Dacă este cauzată de o alienație mintală, trebuie verificat dacă aceasta exista la momentul faptei. Prezența unei boli psihice nu implică automat iresponsabilitate, aceasta fiind stabilită prin expertiză de specialitate, care evaluează discernământul inculpatului [F. Streteanu, p. 458].

În cazul infracțiunilor care se consumă pe o perioadă mai lungă, iresponsabilitatea trebuie să fie prezentă pe întreaga durată a comiterii faptei. Dacă inculpatul a fost responsabil la început, dar a devenit iresponsabil ulterior, el va răspunde penal doar pentru perioada în care a avut discernământ.

Autorul G. Antoniu susține că, în funcție de faza procesuală, se poate suspenda urmărirea, judecata sau executarea pedepsei până la îmbunătățirea stării inculpatului sau condamnatului, dacă afecțiunea nu este ireversibilă. Iresponsabilitatea poate fi permanentă, temporară sau intermitentă, iar evaluarea sa corectă este crucială. Studiile criminologice sunt influențate de psihologism, acordând un rol central factorilor psihici în delincvență. Autorul Manheim consideră că aceștia sunt determinanți, deoarece factorii fizici și sociali influențează comportamentul prin intermediul lor.

Nu doar persoanele sănătoase comit infracțiuni, ci și cele cu tulburări psihice, inclusiv alienate sau demente. Criminologia nu exclude acești criminali din cercetare, fiind importantă analiza trăsăturilor lor, a cauzelor alienării, a tipurilor de infracțiuni și a motivațiilor acestora (fig. 8.1. *Rezultatele sondajului despre factorii de formare a unui comportament criminal*) [208, p.97].

Criminalul alienat prezintă tulburări psihice severe care afectează emoțiile, gândirea și comportamentul social, determinând reacții necontrolate și acțiuni desprinse de realitate. Spre deosebire de criminalul caracterial, care are o tulburare parțială și rămâne conștient de sine și de mediul înconjurător, bolnavul mintal își pierde această luciditate. Dintre tulburările psihice, doar psihozele sunt recunoscute ca maladii mintale autentice, atrăgând iresponsabilitatea juridică, fiind acceptată ideea că stigmatul nebuniei este o pedeapsă în sine.

Cunoașterea impactului bolii mintale asupra normelor de conviețuire socială este esențială, mai ales pentru juriști, din mai multe motive [232, p.172]:

- 1) Comportamentul unei persoane cu boală mintală poate avea consecințe grave asupra individului și societății;
- 2) Adesea, boala mintală se manifestă printr-o faptă criminologică gravă, chiar dacă anterior nu se observau semne de tulburare mintală;
- 3) Fiecare afecțiune psihică are asociat un tipar comportamental antisocial specific, ceea

ce permite, adesea, identificarea tipului de boală psihică în urma modului de comitere a faptei.

Criminalii alienați mintal sunt clasificați în funcție de afecțiunea care le-a influențat comportamentul. Principalele categorii include criminalul paranoic, schizofrenic, maniac-depresiv, epileptic, cel dependent de alcool sau droguri, cel afectat de infecții ale sistemului nervos, traumatizat psihic sau fizic, senil din cauza arterosclerozei și cel cu afecțiuni organice severe ale sistemului nervos central [208, p.98].

În continuare, vom examina fiecare tip de boală sau tulburare psihică în parte, care are un impact asupra personalității infractorului (Anexa 9.1. *Categorii de deficiențe intelectuale și tulburări psihiatrice*, Anexa 10.1. *Tipologii ale deficiențelor intelectuale și implicațiile comportamentale*, Tabelul 13.1. *Tipologii ale deficiențelor intelectuale și implicațiile lor comportamentale și juridice*).

Epilepsia temporală este asociată cu agresivitate spontană, determinată de frustrări afective. Actele violente apar brusc, fără premeditare, în stare de conștiință tulbură, fiind urmate de amnezie. În echivalentele epileptice, pot avea loc furturi, fugă sau omoruri patologice, comise automat, fără un scop clar și cu expunere la riscuri [158, p.202].

Psihoza epileptică, caracterizată prin deliruri mistice imperative și halucinații, este asociată cu acte de violență extremă precum omucideri comise fără premeditare. Aceste atacuri sunt bruște și feroce, fără încercarea de a ascunde fapta, fără remușcări sau regrete și, adesea însoțite de amnezie. Chiar și sub tratament, bolnavul epileptic rămâne predispus la comportamente delincvente, ceea ce a dus la afirmația că un epileptic aparent calm poate fi mai periculos decât un maniac furios [158, p.203].

Deși fiecare criminal cu tulburări mintale prezintă trăsături specifice afecțiunii sale, există și simptome comune. Din punct de vedere fizic și anatomic, în funcție de cauzele care au determinat alienarea, acesta poate manifesta modificări și deteriorări ale sistemului nervos și motor. Aceste deficiențe cauzează la anomalii în mișcare și activitate, manifestate prin hiperactivitate, hipoactivitate sau instabilitate.

Persoana afectată prezintă emoții și dorințe necorespunzătoare realității, manifestând oscilații afective bruște și contradictorii. Cognitiv, apar iluzii, amnezii și gândire incoerentă, iar izolarea progresivă duce la pierderea contactului cu realitatea. Social, comportamentul devine antisocial, iar, în cazuri extreme, poate comite infracțiuni [224, pp. 99-100].

Criminologul rus Iu. M. Antonean afirmă că individul cu deficiențe mentale percepe diferit realitatea, având tendința de a-și proteja propriul Eu chiar și în lipsa unei amenințări reale, recurgând uneori la violență extremă. Totodată, acesta nu conștientizează riscul pedepsei pentru

faptele sale [261, p. 134].

În această lucrare, considerăm că o predicție eficientă a comportamentului bolnavului mintal se bazează pe trei criterii esențiale:

1. *Contextul existențial și circumstanțele de viață.* Violența acestuia este influențată atât de personalitatea sa, cât și de mediul în care trăiește. Factori precum stilul de viață, consumul de alcool sau droguri pot amplifica riscul de agresivitate, mai ales în cadrul familial.

2. *Antecedentele personale și juridice.* Acestea au o valoare predictivă ridicată, adesea mai mare decât frecvența și intensitatea tulburărilor psihice, oferind indicii clare asupra riscului de violență.

3. *Evaluarea multidisciplinară.* Reducerea erorilor de predicție necesită integrarea criteriilor psihiatrice, psihologice, judiciare și sociologice pentru o analiză completă a riscului de pericolozitate.

Evaluarea potențialului predictiv al criteriilor menționate arată că prevenirea riscului de pericolozitate reprezintă o problemă esențială și individuală pentru fiecare bolnav psihic. Violența asociată bolii mintale nu este doar o problemă psihiatrică, ci și una socio-juridică, ceea ce face ca pericolozitatea comportamentului psihopatologic să fie o problemă complexă, ce implică atât aspecte socio-criminologice, cât și psihiatrice [230, p. 183].

În urma unor cercetări asupra violenței bolnavilor psihici, Guze și Cloninger au concluzionat că nivelul violenței acestora nu este mai mare decât cel al populației generale. De asemenea, Swanson accentuează că 90% dintre bolnavii psihici nu sunt violenți și că doar 35% dintre cei cu schizofrenie au comis omoruri ca urmare a delirurilor sau halucinațiilor [230, p. 183].

Deși este dificil să prezicem sau să afirmăm cu certitudine, pericolozitatea bolnavului psihic nu poate fi ignorată, deoarece sursa violenței și a pericolozității provine mai mult din mediul social în care trăiește, decât din simptomele bolii mintale [261, p. 184].

Bolile psihice ne ajută să înțelegem motivele din spatele anumitor infracțiuni, de obicei violente, huliganice sau legate de degradarea socială a făptuitorului. Cu toate acestea, majoritatea infracțiunilor sunt comise de persoane sănătoase din punct de vedere mintal [261, p. 158].

Anumite infracțiuni pot fi comise de persoane cu devianțe psihice, însă aceste tulburări nu sunt mereu cauza directă. În funcție de natura lor, unele anomalii pot avea un caracter criminogen, iar altele pot fi neutre. De aceea, este importantă analiza legăturii dintre infracțiuni și tulburările psihice, prin observarea deficiențelor celor implicați [261, p. 158].

Studiile au demonstrat că cei mai mulți indivizi sunt anume psihopații. Respectiv,

indivizii vinovați de violuri au leziuni organice ale sistemului nervos central și suferă de oligofrenie.

Criminologul român I. A. Iacobiță susține că studiile privind infracțiunile de omor relevă un număr semnificativ de persoane care au comis omoruri din cauza afecțiunilor psihice. Dintr-un eșantion de 170 de persoane responsabile de omoruri comise împotriva soțului sau a unei rude apropiate, 12 dintre acestea sufereau de deficiențe psihice. Printre aceștia se aflau un tânăr care și-a omorât ambii părinți, altul care și-a ucis mama și un altul care și-a ucis socrii [164, p. 187].

Este esențial ca juriștii să cunoască bolile psihice și manifestările acestora pentru a putea soluționa corect cazurile. Această cunoaștere se obține cu ajutorul psihologilor și psihiatrilor, pentru a face diagnosticul [208, p.104].

În acest context am realizat un interviu cu dl., Vasile Cazacu, psihiatru și expert judiciar, care a subliniat că 70% dintre infractori au tulburări psihice, dar majoritatea nu sunt excluși de la responsabilitate. Psihopatiile sunt cele mai periculoase, având o recidivă aproape 100%, dar recidiva în general nu este mai mare decât în cazul infractorilor obișnuiți, datorită tratamentului. Viitorul comportament infracțional depinde mult de mediul social post-tratament. Cele mai frecvente infracțiuni comise de persoanele cu tulburări psihice sunt huliganismul, vătămările și furturile, iar omorurile sunt mai rare.

2.4. Condiții și criterii de evaluare a iresponsabilității penale

Conform art. 23 alin. (1) CP RM, cauzele care duc la iresponsabilitatea penală (*din punct de vedere medical*) sunt [26]:

- a) boala psihică cronică;
- b) tulburarea psihică temporară;
- c) alte stări patologice.

Incapacitatea psihică poate fi temporară sau permanentă, cu perioade de luciditate, și poate fi înnăscută sau dobândită. Pentru excluderea caracterului penal al faptei, lipsa capacității psihice trebuie să fie totală la momentul comiterii acesteia. C. Bulai precizează faptul că imaturitatea psihică, ignoranța sau eroarea de fapt nu constituie iresponsabilitate, ci motive pentru înlăturarea caracterului penal. De asemenea, persoana aflată în stare de inconștiență din culpa sa nu este considerată iresponsabilă. Art. 23 CP RM [26] stabilește iresponsabilitatea pe baza criteriilor medical și juridic.

Starea de iresponsabilitate a unei persoane este determinată doar atunci când ambele criterii sunt îndeplinite cumulativ. Necesitatea combinării acestora se datorează faptului că prezența bolii psihice nu garantează automat imposibilitatea de a incrimina fapta. Chiar și în

cazul unei tulburări mentale care permite persoanei să înțeleagă lumea obiectivă și natura faptelor, precum și să își controleze comportamentul, aceasta nu exclude răspunderea penală. Astfel, autorul A. Mariș susține că legiuitorul introduce criteriul psihologic pentru a stabili gravitatea bolii și măsura în care persoana poate înțelege pericolul social al actelor sale sau să își controleze conștient acțiunile [179, p. 146].

I. *Criteriul biologic* se referă la tulburări psihice (fig. 3.3. Analiza infracțiunilor comise în stare de ebrietate pe 12 ani (*perioada 1998-2020*):

1) Boala psihică cronică (*de exemplu, schizofrenia, psihoza maniacală-depresivă*), cu evoluție permanentă și remisii parțiale.

2) Tulburarea psihică temporară (*ex. psihoza acută, ebrietatea patologică*), cu recuperare completă.

3) Debilitatea mintală (*oligofrenia*), care poate fi ușoară (*debilitate*), moderată (*imbecilitate*) sau severă (*idioție*).

Oligofrenia este definită ca un deficit semnificativ al funcțiilor cognitive, manifestat printr-o sărăcie intelectuală, imaturitate afectivă și o sugestibilitate mare. În funcție de severitatea deficitului mintal, Organizația Mondială a Sănătății clasifică oligofrenia în trei grade [244, p.114]:

a) *severă (gradul III)* - cu un IQ sub 40 și o vârstă mentală de aproximativ 5 ani.

b) *medie (gradul II)* - cu un IQ de 50 și vârstă mentală de aproximativ 7 ani, unde persoanele pot fi dresabile, dar nu educabile.

c) *ușoară (gradul I)* - cu un IQ sub 70 și vârstă mentală echivalentă cu cea a unui copil de 10-12 ani.

Sintagma „*altă stare patologică*” se referă la diverse afecțiuni care, în formele lor grave, pot duce la iresponsabilitate. Acestea includ tulburări psihice grave, cum ar fi formele severe de psihopatie sau anomaliile psihice la surdo-muți [163, p.142]. Psihopatia este printre cele mai frecvente afecțiuni, caracterizată prin comportamente deviante care apar într-un context comportamental aparent normal. În acest sens, sintagma „*altă stare patologică*” se referă la afecțiuni care nu sunt neapărat cronice și nu implică tulburări evidente ale activității psihice, dar care, prin impactul lor psihopatologic, pot fi considerate în mod similar cu tulburările psihice grave.

Doctrina din Federația Rusă clasifică dereglările psihice conform unor parametri medicali. Acești parametri medicali clasifică dereglările psihice în patru grupe și anume: boala psihică cronică, tulburarea psihică temporală, debilitatea mintală și alte stări patologice [272,

p.40].

Autorul V. Beliș subliniază că, în definirea medico-legală a iresponsabilității psihiatrice, trebuie analizate criteriile precum lipsa discernământului critic, handicapul mintal sever, alterarea conștiinței, motivația psihopatologică a faptei, legătura directă dintre trăsăturile patologice și infracțiune, reactivitatea paroxistică și incapacitatea psihică, asociată debutului psihozelor endogene [85, p.733].

Criteriul medical demonstrează că iresponsabilitatea trebuie să fie determinată exclusiv de dereglările psihice. Aceasta înseamnă că dereglarea psihică trebuie să fie cauzată de factori care nu depind de voința și dorința persoanei afectate. De asemenea, dereglările psihice care nu sunt dureroase și care pot afecta capacitatea unei persoane de a percepe și a controla propriile acțiuni, cum ar fi stările de afect, ebrietatea sau tensiunile emoționale intense, respective aceste lucruri nu sunt considerate circumstanțe ce conduc la iresponsabilitate. Pentru a stabili iresponsabilitatea, este necesară o expertiză psihiatrică.

Atribuirea unei boli la un anumit indice al criteriului medical trebuie, în multe cazuri, să fie considerată o alegere convențională. În cadrul procesului judiciar, indicele criteriului medical nu joacă un rol decisiv în stabilirea iresponsabilității, însă o calificare corectă a stării este esențială pentru prognozarea și alegerea măsurilor de constrângere medicală [266, p.40].

II. *Criteriul juridic* are o importanță fundamentală. Acesta se bazează pe doi factori: intelectual și volitiv.

Factorul intelectual - se referă la incapacitatea persoanei de a conștientiza caracterul dăunător al faptei comise, adică nu își dă seama de impactul negativ al acțiunii sale [171, p.46]. Astfel, factorul intelectual implică imposibilitatea individului de a înțelege acțiunile sau inacțiunile sale, semnificația lor socială și consecințele acestora.

Factorul volitiv - se referă la incapacitatea persoanei de a-și controla și ghida propriile acțiuni, fiind determinat de afectarea capacității de a lua decizii în mod voluntar și conștient [272, p.85].

Prin urmare, pentru a stabili iresponsabilitatea în baza criteriului juridic, este suficient ca unul dintre acești factori, fie intelectual, fie volitiv, să fie prezent.

În definiția iresponsabilității din art. 23 CP RM [26], factorii intelectual și volitiv sunt legați prin „sau”, ceea ce înseamnă că persoana va fi considerată iresponsabilă dacă nu putea să înțeleagă acțiunile sale sau, chiar dacă înțelegea caracterul social al faptei nu avea capacitatea de a-și controla comportamentul. Doctrina penală recunoaște și un alt factor; acesta este cunoscut drept „*componenta emoțională a criteriului psihologic al iresponsabilității*”, care însă nu este

inclus în legislație. Lipsa acestuia se justifică prin faptul că o stare emoțională intensă poate provoca o afectare a intelectului volitiv, intelectual sau a ambelor funcții simultan [260, p.115].

Iresponsabilitatea este definită juridic prin alterări semnificative ale psihicului, ce duc la pierderea capacității de a evalua și a controla comportamentul, inclusiv de a conștientiza infracțiunea. Condițiile iresponsabilității includ existența unei fapte prevăzute de lege, incapacitatea făptuitorului de a înțelege sau controla acțiunea și persistența stării de iresponsabilitate pe tot parcursul comiterii faptei, fără perioade de luciditate [81, p.158].

Dacă decizia a fost luată în stare de responsabilitate, dar fapta a fost comisă în iresponsabilitate, persoana nu răspunde penal, chiar dacă pare premeditată. Dacă devine responsabilă ulterior, fapta nu este considerată infracțiune. În schimb, dacă era responsabilă la momentul comiterii și ulterior devine iresponsabilă, fapta rămâne infracțiune, dar procesul poate fi suspendat sau pedeapsa amânată, exceptând cazurile de prescripție [81, p.159].

Responsabilitatea și iresponsabilitatea sunt determinate de starea și evoluția proceselor psihice ale unei persoane, precum și de sănătatea sa mintală. Comportamentul și acțiunile sunt controlate de conștiință. Astfel, o persoană sănătoasă din punct de vedere psihic trebuie să poată înțelege mediul în care acționează și să evalueze dacă poate sau nu comite o infracțiune. În dreptul penal, vinovăția este caracteristica principală a unei infracțiuni, iar stabilirea acesteia, precum și a răspunderii, depinde nu doar de starea psihică, ci și de circumstanțele comiterii faptei.

Intenția este esența vinovăției, iar discernământul o definește, deoarece infractorul prevede și urmărește rezultatul faptei sale. C. Lombroso susținea că acțiunile sunt predeterminate de trăsături constituționale, iar libertatea de voință nu există. În schimb, teoriile materialiste spun că libertatea acțiunilor conștiente este aparent opusă determinismului, fiind influențată de legile obiective ale naturii și societății [138, p.97]. Astfel, responsabilitatea depinde de condițiile și posibilitățile de a anticipa consecințele faptelor.

Autorul D. Lunț susține că relația dialectică dintre libertate și necesitate este esențială pentru clarificarea responsabilității [277]. Prin urmare, responsabilitatea este descrisă ca ansamblul caracteristicilor pe care un individ trebuie să le posede atunci când comite o infracțiune, pentru ca aceasta să poată fi atribuită lui. Lipsa acestor trăsături duce la iresponsabilitate. De asemenea, există o altă viziune care consideră responsabilitatea ca fiind totalitatea caracteristicilor psihice ale individului, care îl ajută să înțeleagă atât libertatea, cât și necesitatea acțiunilor sale, apreciind consecințele faptelor sale, mai ales când acestea contravin legilor morale și sociale.

Responsabilitatea este, prin urmare, un atribut atât al individului, cât și al colectivității, care s-a conturat și perfecționat pe parcursul dezvoltării ontogenetice, fiind strâns legată de evoluția relațiilor interpersonale, precum și de progresul societății și al relațiilor sociale. Astfel, se poate concluziona că această calitate va continua să se îmbunătățească și să evolueze în mod constant [189, p.29].

Dacă un bolnav psihic grav comite o infracțiune, expertiza îl va declara iresponsabil. Epilepticii cu accese rare nu sunt întotdeauna considerați bolnavi psihici dar pot comite infracțiuni în stare convulsivă. Dacă persoana era sănătoasă la momentul faptei, va fi responsabilă, iar dacă boala psihică apare ulterior, procesul se încheie și se aplică tratament obligatoriu. Discernământul implică planificarea acțiunilor, iar libertatea de voință presupune respectarea normelor sociale ca datorie morală.

Personalitatea și conștiința unui individ la momentul faptei sunt influențate de factori volitivi și intelectivi. Expertiza analizează detaliat inculpatul, folosind date din dosar, ancheta socială și documente medicale. Se evaluează dezvoltarea intelectuală prin teste psihologice, educația, experiența de viață și influențele primite. Factori organici cum ar fi traumele sau intoxicațiile, pot afecta personalitatea, iar expertul stabilește maturitatea psihică în funcție de vârstă și starea psihologică.

Responsabilitatea presupune, așadar, trăsăturile individuale ale personalității, care în diferite cazuri pot fi evaluate ca fiind mature, imature, dezechilibrate, nevrotice, demențiale. Pe parcursul dezvoltării personalității, se manifestă diferite niveluri de angajare responsabilă, care, în final, pot duce la stări de iresponsabilitate.

Autoarea C. Virginie [291, p.57] consemnează că, după multiple încercări, CP francez a rezolvat problema prin introducerea noțiunii de tulburare psihică sau neuropsihică. Aceasta este prima cauză de excludere a răspunderii penale, fiind reglementată în Capitolul II, Titlul II al CP francez. Astfel, conform art. 122-1 alin. 1, nu răspunde penal persoana care, la momentul comiterii faptei, prezenta o tulburare psihică sau neuropsihică care i-a afectat discernământul sau capacitatea de a-și controla acțiunile. În acest context, termenul de „*demență*” nu a avut niciodată o semnificație medicală exactă, reflectând nivelul incipient al psihiatriei în perioada redactării CP din 1810 [28], în raport cu structura conștiinței în momentul examinării [293, pp.125-131].

Dacă expertul confirmă că subiectul are discernământ, acesta trebuie să verifice dacă era prezent și în momentul faptei. Autorii H. Barte și G. Ostaptzeff [289] menționează că Statutul Curții Penale Internaționale recunoaște excluderea vinovăției în anumite condiții. Conform art. 31, o persoană nu este responsabilă penal dacă, la momentul infracțiunii, o boală mintală i-a

anulat capacitatea de a înțelege ilegalitatea faptei sau de a se controla. Iresponsabilitatea presupune incapacitatea psihică a consecințelor acțiunilor și a respectării legii. Pentru excluderea răspunderii penale, trebuie să existe o incapacitate psihică cauzată de boală, prezentă momentul faptei, iar infracțiunea să fie sub jurisdicția Curții Penale Internaționale [24].

Pentru ca iresponsabilitatea să excludă caracterul penal al faptei, aceasta trebuie să fie reglementată de legislația penală. Indiferent de stadiul infracțiunii sau rolul făptuitorului (autor, complice, instigator), existența unei prevederi legale este esențială. Dacă fapta nu este reglementată penal, caracterul infracțional este exclus automat.

Pentru a fi considerată iresponsabilă, persoana care a comis acțiunea trebuie să fi avut loc în incapacitate psihică, adică să îi lipsească capacitatea de a înțelege comportamentele sau lipsa acestora, ori de a le controla. Aceasta presupune lipsa discernământului, a conștiinței sau a factorilor psihici necesari unui comportament normal, cum ar fi impulsivitatea irezistibilă, indiferența totală sau abulia. În acest context, lipsa capacității de a înțelege înseamnă că persoana nu poate percepe caracterul antisocial al faptei sale.

O persoană este considerată incapabilă să-și controleze acțiunile atunci când nu își poate dirija voința, fie din impulsivitate, fie din indiferență totală. Tulburările psihice care afectează discernământul și capacitatea de control sunt analizate prin expertiză psihiatrică, solicitată de organele judiciare. Iresponsabilitatea rezultă dintr-o disfuncție psihică ce afectează funcțiile intelective sau volitive și, în unele cazuri, este evaluată sub regim de internare medicală [331, p.181]. Există situații în care iresponsabilitatea poate fi invocată, cum ar fi atunci când o persoană comite o faptă în timpul somnului sau sub influența hipnozei sau narcoticelor, fiind în stare de inconștiență. În aceste cazuri, nu se răspunde penal, decât dacă starea a fost provocată intenționat sau din culpa făptuitorului. Dacă persoana a acceptat să fie hipnotizată sau narcotizată pentru a săvârși o infracțiune, aceasta va răspunde penal.

Iresponsabilitatea trebuie să fie prezentă pe întreaga durată a săvârșirii faptei prevăzute de legea penală, fără perioade de luciditate. Astfel, condiția nu este îndeplinită dacă, în timpul acțiunii, făptuitorul a avut momente de claritate mentală și a continuat să comită fapta, acceptând consecințele sale periculoase social.

Dacă făptuitorul era iresponsabil la momentul faptei, această stare rămâne valabilă chiar dacă ulterior își recapătă capacitatea psihică. Dacă incapacitatea apare după comiterea infracțiunii, pedeapsa va fi amânată până la recuperare. O situație specială apare când făptuitorul își provoacă inconștiență prin consum voluntar de alcool, agravând o boală psihică preexistentă, ceea ce îi afectează capacitatea de control [342, p.203]. Instanța Supremă din România a stabilit:

beția voluntară completă nu conduce la iresponsabilitate, chiar dacă afectează capacitatea de apreciere și control, aceasta putând fi considerată circumstanță atenuantă. De asemenea, faptele comise de o persoană cu encefalopatie epileptică, după consumul de alcool, nu cauzează iresponsabilitate, dar beția poate fi circumstanță atenuantă sau agravantă.

În practică, s-a stabilit că, pentru aplicarea art. 48 din CP român din 1968 [34], era necesar să se demonstreze existența unei incapacități psihice, cauzată de alienație mintală sau alte afecțiuni similare care pot genera o astfel de stare. Astfel, expresia „*alte cauze*” se referă la tulburări psihice, iar o tulburare provocată de comportamentul victimei, indiferent cât de scandalos ar fi fost acesta, nu poate justifica aplicarea dispozițiilor legale privind iresponsabilitatea.

În practică, apare frecvent inconștiența indusă, cum ar fi cazul unui casier bancar care acceptă să fie sedat pentru a facilita un furt. Dacă inconștiența este cauzată de culpa făptuitorului, precum un operator care adoarme la muncă și provoacă pagube, acesta va răspunde penal pentru omisiunea sa. Iresponsabilitatea exclude răspunderea penală, iar acțiunea penală nu poate fi inițiată sau continuată. Așadar, făptuitorul poate răspunde civil, exceptând cazurile speciale (*legitima apărare, starea de necesitate etc.*). Dacă este achitat pentru o boală psihică, instanța se pronunță asupra despăgubirilor. Iresponsabilitatea nu se extinde automat asupra complicilor, iar în loc de pedepse, se pot aplica măsuri de siguranță.

Dacă făptuitorul era inconștient la momentul faptei, dar nu întrunea condițiile iresponsabilității, infracțiunea rămâne valabilă, aplicându-se principiul „*actiones liberae in causa*”, dacă acțiunea a fost premeditată. Răspunderea civilă revine atât făptuitorului iresponsabil, cât și celor responsabili de supravegherea sa. Instanțele trebuie să dispună expertize medico-legale atunci când există dubii privind starea psihică a inculpatului [110, p.1-11].

Expertiza se realizează în instituții medicale specializate și trebuie să stabilească dacă făptuitorul avea capacitatea psihică de a înțelege și a controla acțiunile sale în momentul comiterii faptei. În practică, apar erori în formularea întrebărilor de către organele judiciare, reflectate și în concluziile experților. Răspunderea penală este stabilită exclusiv de organul judiciar, pe baza tuturor probelor anexate.

În baza dispozițiilor legale, a practicii judiciare și a literaturii de specialitate, se poate concluziona că întrebările organului judiciar, în cadrul unei expertize psihiatrice trebuie să se axeze:

- 1) orientarea psihică și spațio-temporală a persoanei evaluate;
- 2) existența unei afecțiuni psihice care afectează discernământul;

3) măsura în care boala psihică influențează capacitatea de discernământ, raportat la circumstanțele faptei și vârsta făptuitorului;

4) Necesitatea aplicării unor măsuri medicale potrivite.

Potrivit art. 285 alin. (2) pct. 3 CPP al RM [30], dacă autoritatea de urmărire penală constată că există starea de iresponsabilitate, acesta dispune prin ordonanță încetarea urmăririi penale. Art. 495 CPP al RM [30] prevede că această decizie se bazează pe natura faptei și starea psihică a făptuitorului.

Dacă incapacitatea psihică apare după comiterea infracțiunii, procesul penal poate fi suspendat în acest caz în funcție de stadiul în care se află. Procurorul dispune suspendarea urmăririi penale prin ordonanță, iar instanța decide suspendarea judecării. De asemenea, instanța poate amâna sau întrerupe executarea pedepsei. Măsuri de siguranță pot fi aplicate și infractorilor care și-au pierdut capacitatea psihică ulterior sau au discernământ diminuat din cauza bolilor psihice.

Potrivit art. 499 CPP al RM [30] și art. 23 CP al RM [26], dacă se stabilește că o persoană a săvârșit o fapta reglementată de legea penală în condiții de iresponsabilitate sau a dezvoltat ulterior o boală psihică severă, care îi afectează abilitatea de a-și stăpâni acțiunile, instanța poate hotărî fie excluderea de pedeapsă, fie exonerarea de răspunderea penală, dispunând măsuri de constrângere de natură medicală. Iar în situația în care persoana nu prezintă pericol social și nu necesită tratament forțat, instanța poate dispune încetarea procesului și notificarea autorităților medicale competente.

2.5. Problema săvârșirii contravențiilor în stare de iresponsabilitate

Interpretarea legislației contravenționale presupune clarificarea normelor pentru aplicarea corectă, mai ales în cazuri neclare. Societatea funcționează pe baza unor reguli impuse prin norme juridice, iar încălcarea acestora atrage răspundere legală.

Răspunderea contravențională intervine în urma unei fapte ilicite și are un caracter administrativ, vizând atât autoritățile, cât și persoanele fizice sau juridice. Contravenția este o faptă ilicită de pericol social redus, sancționată prin răspundere administrativă, dacă îndeplinește anumite condiții: existența faptei, pericolul social și vinovăția.

Vinovăția este esențială și poate fi sub formă de intenție sau culpă. Fapta nu constituie contravenție, dacă a fost comisă în stare de iresponsabilitate, sub constrângere, în legitimitate apărare sau în alte situații exoneratoare.

Culpabilitatea este o trăsătură indispensabilă pentru atragerea la răspundere

contravențională și evidențiază faptul că este vorba de o răspundere bazată pe culpă și nicidecum de una obiectivă [166, p.385]. Poate fi sancționat contravențional doar un contravenient care a acționat ilegal în mod conștient, dându-și seama de caracterul faptelor sale. Trăsătura respectivă nu poate fi omisă, luând în considerare faptul că doar un comportament culpabil poate fi sancționat, odată ce omul este o ființă cu rațiune și acționează conștient fie în sensul respectării legislației administrative, fie în cel al încălcării ei.

Posibilitatea de alegere, ca realitate obiectivă, constituie fundamentul vinovăției persoanei care efectuează acțiunea respectivă. Persoana poate fi sancționată numai pentru acea faptă ilicită, pe care a comis-o cu vinovăție și în urma căreia au survenit unele prejudicii (A. I. Stahov include indicele culpabilității în cadrul principiilor răspunderii contravenționale)[258, p.31].

Răspunderea juridică se aplică exclusiv faptelor de conduită, respectiv acțiunilor sau inacțiunilor cu caracter ilicit, fără a viza ideile sau gândurile unei persoane, conform principiului exprimat în adagiul latin „*de internis non judicat praetor*”. Conceptul de vinovăție presupune atât capacitatea autorului faptei ilicite de a alege propria conduită, cât și conștientizarea încălcării normei juridice prin acțiunile sale [159, p.137].

Referindu-se la culpabilitate, prof. A. Iorgovan menționează că: ilicitul contravențional este compus dintr-o acțiune sau o inacțiune, strâns legate de o anumită stare psihică a autorului față de efectele lor negative. O asemenea viziune este potrivită pentru persoane fizice, întrucât doar în acest caz poate fi urmărită o atitudine psihică, un anumit nivel de gândire.

Autorul A. B. Agapov [258, p.31] consideră că persoanele care comit în realitate contravenții sunt ușor influențabile, cu o moralitate și o putere de voință mai slabă, predispuse la încălcarea normelor legale; anume asemenea oameni, în concepția savantului, sunt cel mai des influențați de factorii externi negativi [166, p.201]. Tragerea la răspundere exclusiv a persoanei care a acționat cu vinovăție are o importanță deosebită în atingerea scopului educativ al răspunderii juridice, deoarece vizează atât corectarea comportamentului autorului faptei ilicite, cât și reintegrarea sa socială. Totodată, trebuie subliniat faptul că vinovăția este o trăsătură specifică doar contravenienților persoane fizice, nefiind aplicabilă persoanelor juridice [159, p.137].

Latura subiectivă a contravenției vizează atitudinea psihică a făptuitorului, aplicându-se doar persoanelor fizice. Vinovăția poate fi intenție sau imprudență.

Pentru sancționare, persoana trebuie să fie responsabilă, ceea ce implică atât conștientizarea faptei și a consecințelor (*factor intelectual*), cât și capacitatea de a-și controla

acțiunile (*factor volitiv*). Lipsa unuia dintre acești factori exclude răspunderea contravențională.

Prin urmare, fapta contravențională poate fi formată fie dintr-o acțiune, fie dintr-o omisiune. Acțiunea desemnează un comportament activ al făptuitorului, prin care acesta își utilizează resursele pentru a genera o schimbare în realitatea înconjurătoare [186, p.8].

Spre deosebire de acțiune, inacțiunea „*silentium*” unei persoane fizice constă în lipsa unei manifestări active de voință, concretizându-se în neîndeplinirea unei obligații legale. Această omisiune determină apariția unei consecințe negative, care ar fi putut fi evitată dacă făptuitorul ar fi respectat obligația impusă de lege [186, p.8]. Dacă făptuitorul poate comite contravenția prin acțiune în stare de afect - stare „*affectio*”, atunci în cazul inacțiunii asemenea situație nu se poate manifesta [258, 35-36]. Răspunderea contravențională survine doar în urma comiterii contravenției cu vinovăție, CC al RM [25] reglementând, analog CP al RM [26], două forme de vinovăție: intenția (*directă și indirectă*) și imprudența (*sine încrederea exagerată și neglijența*).

Susținem ideea că noțiunea de subiect al contravenției nu trebuie confundată cu cea de subiect al dreptului contravențional, întrucât aceasta din urmă reprezintă un ansamblu, iar subiectul contravenției face parte din acesta. În dreptul contravențional, putem distinge, ca subiecți, persoane fizice și cele juridice. Persoana fizică, în calitate de subiect al contravenției, reprezintă persoana trasă la răspundere contravențională sau contravenientul - subiect activ, și victima - subiect pasiv. Pentru ca o persoană să fie considerată subiect, este necesar să fie îndeplinite anumite condiții, pe care aceasta trebuie să îndeplinească anumite condiții:

1. *Vârsta* – făptuitorul trebuie să fi împlinit cel puțin 18 ani la momentul comiterii faptei ilegale. În cazul unor infracțiuni specific menționate în legea contravențională, făptuitorul poate avea vârsta cuprinsă între 16 și 18 ani.

2. Conform vechii legi contravenționale a RM [25], persoanele care împliniseră vârsta de 16 ani puteau fi trase la răspundere administrativă. Totuși, profesorul Victor Guțuleac nu susține viziunea legiuitorului referitoare la vârsta la care o persoană poate răspunde contravențional. El consideră că, începând cu vârsta de 16 ani, minorul are discernământ, având dezvoltarea psihofizică necesară pentru a înțelege consecințele sociale ale acțiunilor sale și pentru a le putea controla.

3. *Responsabilitatea* se referă la abilitatea individului de a evalua natura acțiunilor sale, de a înțelege impactul lor social și de a anticipa efectele acestora.

4. *Libertatea de acțiune și de voință* presupune ca făptuitorul să nu fie supus niciunui fel de constrângere (fizică sau psihică) din partea unei alte persoane în momentul comiterii faptei contravenționale, astfel încât acesta să aibă libertatea de a reflecta și a acționa conform propriei

voințe.

Pe lângă vârstă, o altă condiție importantă pentru subiectul contravenției este responsabilitatea. Aceasta implică atât un factor intelectual, ce presupune abilitatea persoanei de a percepe acțiunile sale și de a diferenția faptele periculoase de cele nepericuloase, cât și un factor volitiv, ce se referă la abilitatea individului de a-și controla comportamentul și de a fi responsabil pentru propriile acțiuni. Persoanele care nu dispun de astfel de trăsături nu pot fi considerate subiecți ai contravențiilor, deoarece acțiunile lor nu reflectă o poziție conștientă, prin urmare, sancțiunea nu ar putea să le corecteze comportamentul [244, p.11]. Doar o persoană responsabilă este pasibilă de pedeapsă contravențională, fiind inadmisibil a sancționa pe cineva pentru comiterea unei fapte, de pericolul și caracterul ilicit al căreia făptuitorul nu-și dă seama. Starea de iresponsabilitate este o cauză care înlătură caracterul contravențional al faptei și răspunderea contravențională.

Iresponsabilitatea este totuși o stare excepțională și urmează a fi constatată în cadrul unei proceduri speciale, complexe, pentru a stabili dacă într-adevăr persoana care a săvârșit o contravenție, la momentul comiterii acesteia, se afla în imposibilitate de a-și dirija sau conștientiza acțiunile. CC al RM [25] se referă expres la criteriul temporal și cel causal, necesare a fi întrunite cumulativ pentru înlăturarea răspunderii contravenționale. Este important de stabilit momentul precis când cel ce a săvârșit o contravenție nu mai era apt să-și dirijeze sau să-și conștientizeze acțiunile. Acesta poate fi nemijlocit momentul comiterii contravenției, dar și ulterior lui, întrucât, conform legii, nu poate fi trasă la răspundere contravențională persoana care, deși a comis fapta în stare de responsabilitate, a dezvoltat o afecțiune psihică înainte de pronunțarea unei hotărâri de sancționare, fiind incapabilă să-și conștientizeze sau să-și controleze acțiunile.

În ceea ce privește factorul causal, iresponsabilitatea poate fi generată de o afecțiune psihică de lungă durată, o tulburare temporară a activității psihice, alienarea mintală sau altă stare psihică patologică. Fiecare dintre aceste stări urmează a fi constatată în baza unor cercetări specializate și expuse într-un raport de expertiză medico-legală; acesta din urmă este admis în calitate de probă în procesul contravențional. Evident, la acest capitol există dificultăți, deoarece CC al RM [25] doar specifică faptul că raportul de expertiză este admis drept mijloc de probă și, în rest, nu mai conține nicio reglementare în acest sens. Considerăm că ar fi fost bine de făcut cel puțin trimitere la Legea nr. 1086 din 23.06.2000 privind expertiza judiciară în Republica Moldova [42], conform căreia raportul de expertiză se întocmește la dispoziția organului de urmărire penală, a instanței judecătorești, a autorității competente să analizeze cazurile de

contravenție, a avocatului parlamentar, precum și la solicitarea persoanei fizice sau juridice, cu scopul de a stabili circumstanțele care pot avea relevanță probatorie în cazul contravențiilor și pentru stabilirea cărora sunt cunoștințe specializate în ramurile științei, tehnicii, medicinei, artei sau alte sectoare ale activității umane.

Așada, am elucidat succint modul în care CC al RM [25] reglementează condițiile de atragere a persoanei fizice la răspundere contravențională și rămâne de menționat că, în afară de vârstă și starea psihică, „o altă condiție legată de subiectul contravenției este libertatea de hotărâre și acțiune.” Cauzele care elimină caracterul contravențional al faptei sunt circumstanțele, condițiile sau situațiile care, prin existența lor în momentul săvârșirii faptei, fac imposibilă realizarea eficientă a oricărei trăsături esențiale. Aceste trăsături includ: gradul de pericol social al faptei, săvârșirea acesteia cu vinovăție, calificarea legală ca fiind contravenție și posibilitatea aplicării sancțiunii contravenționale.

O faptă constituie contravenție dacă îndeplinește condițiile legale, atrăgând răspunderea contravențională. Totuși, legea prevede anumite excepții care exclud această răspundere în situații clar definite. Una dintre aceste cauze este iresponsabilitatea, care intervine atunci când persoana care a comis fapta nu era capabilă să conștientizeze natura și consecințele acțiunilor sale. Aceasta poate fi cauzată de o afecțiune psihică temporară sau cronică, de o tulburare mentală sau de o altă stare patologică ce afectează capacitatea de control și discernământ. În astfel de cazuri, persoana nu poate fi trasă la răspundere contravențională, deoarece nu a avut posibilitatea de a înțelege pericolul faptei sale sau de a-și controla comportamentul.

O altă cauză, prevăzută de legislația administrativă, care elimină caracterul contravențional al faptei și răspunderea contravențională este iresponsabilitatea, care presupune că persoana a săvârșit o contravenție fără a fi capabilă să conștientizeze propriile acțiuni sau să le controleze din motivul unor afecțiuni psihice de lungă durată, sau a unei tulburări mentale de natură temporară, debilității mintale sau a unei alte stări patologice (*art. 20 din CC al RM [25]*).

Conform legiuitorului, iresponsabilitatea se referă la imposibilitatea anumitor persoane de a înțelege semnificația și consecințele acțiunilor lor sau de a-și controla în mod normal voința în momentul comiterii faptei ilicite. Iresponsabilitatea este o cauză care exonerează de răspunderea contravențională, bazată pe lipsa vinovăției din partea persoanei care a săvârșit contravenția.

Legea contravențională stipulează: "*Persoana care a comis o faptă în stare de responsabilitate, dar care, până la pronunțarea sancțiunii, s-a îmbolnăvit de o afecțiune psihică ce îi împiedică conștientizarea sau controlul acțiunilor sale, nu va răspunde contravențional*" [25].

2.6. Aspecte comparative privind iresponsabilitatea penală în alte state

Responsabilitatea penală presupune capacitatea individului de a adopta un comportament conform cerințelor legii, adică de a avea abilitatea de a percepe semnificația ilegalității faptei sale și de a-și ghida acțiunile. Respectiv, responsabilitatea reflectă o maturizare socială și o stare biopsihică care permite unei persoane să înțeleagă impactul comportamentului său. De-a lungul anilor, persoanele cu afecțiuni psihice au fost considerate o amenințare pentru ceilalți, iar în astfel de cazuri tratamentele medicale obligatorii pot preveni comportamentele agresive.

Persoanele cu afecțiuni psihice, de altfel ca orice pacient sănătos, au dreptul la confidențialitate cu medicul. Totuși, în anumite situații, cum ar fi atunci când există un potențial pericol pentru societate, unele state, inclusiv RM, pot solicita renunțarea la caracterul privat în special în cazul inculpatului sau al altor persoane.

Izvoarele internaționale se concentrează pe aspectele medicale juridice ale persoanelor cu afecțiuni psihice, punând un accent deosebit pe consimțământul acestora, inclusiv în ceea ce privește tratamentele, participarea la experimente medicale, acte de dispoziție. Aceste măsuri au două: pre-infracțional și pos-tinfracțional [83, p.59].

Principiile etice pentru relația medic-pacient în cazul pacienților psihici, stabilite de Asociația Medicală Mondială (AMM) în 1995, includ [37]:

- 1) eliminarea discriminării bolnavilor psihici și asigurarea unei relații de încredere între medic și pacient, cu informarea completă a pacientului despre riscurile tratamentului;
- 2) Tratament fără consimțământ și internare obligatorie doar în cazuri acute, când pacientul reprezintă un pericol;
- 3) Terapia să fie individualizată în funcție de diagnostic;
- 4) Confidențialitatea să fie respectată, iar informațiile să fie divulgate doar în caz de pericol;
- 5) Medicul să fie loial pacientului, să nu abuzeze de poziția sa și să nu permită influențe externe asupra tratamentului.

Aceste principii sunt recomandări deontologice aplicabile în toate statele membre AMM.

În 1977, Adunarea Parlamentară a Consiliului Europei a adoptat Recomandarea 818/ referitoare la situația persoanelor cu afecțiuni psihice, subliniind necesitatea unei protecții legale mai adecvate, inspirată de cazul Winterwerp [72, pp. 59-85], judecat la CEDO [99, pp. 59-85]. În 1983, Comitetul de Miniștri al Consiliului Europei a aprobat Recomandarea R(83)2 referitoare la protejarea bolnavilor psihici [22]. De asemenea, în 1994 Adunarea Parlamentară a adoptat Recomandarea 1235 privind psihiatria și drepturile omului [23].

Toate aceste recomandări legale se bazează pe documentul CEDO. De asemenea, anumite recomandări recente ale Comitetului de Experți al Consiliului Europei marchează necesitatea unui tratament obligatoriu în caz de boală psihică, insistând asupra faptului că măsurile de constrângere fizică trebuie utilizate doar ca ultimă opțiune, exclusiv în interesul pacientului, iar tratamentele trebuie aplicate treptat [197, p.419].

Privind în ansamblu persoana cu afecțiuni psihice și luând în considerare pericolul pe care îl poate reprezenta pentru societate, precum și necesitatea unei abordări adecvate prin intermediul expertizelor medico-legale psihiatrice, se pot sublinia, în mod specific pentru sfera infracțională, următoarele aspecte:

1. Un potențial infracțional considerabil, determinat de trăsăturile de caracter evidente în diversele tulburări de comportament, care formează o personalitate distinctivă a acestor indivizi; dezechilibrul dintre orientările caracteriale și impulsurile temperamentale, precum și lipsa unei maturizări adecvate a afectivității și voinței, alături de insuficiența inhibiției interne, constituie, fundamentele acestor trăsături;

2. Un comportament social periculos și polivalent, asociat cu instabilitatea și imposibilitatea de a se adapta constant, caracteristice personalității patologice a acestor indivizi;

3. Spontaneitatea, acțiunile antisociale fiind comise, în majoritatea cazurilor, fără o pregătire prealabilă, fără asigurarea unei „reușite” sigure;

4. Comiterea unor acte cu un grad ridicat de pericolozitate, legate de dezinhibirea comportamentului și lipsa unui proces instructiv-evoluțional corespunzător, însoțite de răutate și agresivitate;

5. Combinarea acestei dizarmonii a personalității cu narcomania sau abuzul de alcool.

În evaluarea evoluției unui pacient psihic, se pot observa tendințe medico-legale caracteristice, cum ar fi deficitul sentimentelor moral-sociale sau tendința de a provoca rău. În fața pericolelor, personalitatea poate manifesta o atitudine de bravură, iar această tendință este evidentă în perioada post-infracțională, atunci când individul încearcă să-și evidențieze personalitatea. De asemenea, în stadiul post-infracțional, poate apărea tendința de simulare a stării, iar încăpățânarea și neadaptabilitatea pot fi menținute de condițiile favorabile de mediu în care au avut loc actele antisociale. Relaxarea supravegherii, precum și înăsprirea acesteia în cadrul măsurilor represive, pot explica recidivismul și malignitatea comportamentului infracțional.

Așa cum s-a menționat anterior, se poate deduce pericolozitatea socială semnificativă pe care o prezintă infractorul cu deficiențe psihice. Acest aspect subliniază din nou importanța și

rolul esențial al identificării psihopaților, precum și necesitatea măsurilor de siguranță de natură medicală, prevăzute în legislația statului [178].

Statutul Tribunalului Militar Internațional de la Nürnberg, în ceea ce privește crimele aflate sub jurisdicția sa, nu a permis invocarea unor cauze care să excludă caracterul infracțional al faptelor, fie ele considerate justificative într-un sistem juridic sau apărări în altul. În mod similar, convențiile internaționale adoptate ulterior au eliminat posibilitatea utilizării unor apărări care să exonereze de răspundere penală. Pe de altă parte, Statutul Curții Penale Internaționale [24] conferă relevanță juridică anumitor stări, împrejurări sau situații care, la momentul comiterii faptei, fac imposibilă îndeplinirea uneia dintre trăsăturile esențiale ale infracțiunii, ceea ce cauzează la lipsa acesteia. Aceste prevederi sunt reglementate în Partea a III-a, intitulată „Principiile generale ale dreptului penal” (art. 31-33), însă lista acestora nu este una exhaustivă.

Cauzele care exonerează de răspundere penală sunt structurate astfel:

- a. Art. 31 din Statut include circumstanțe precum tulburările psihice, intoxicarea și acțiunile întreprinse în cadrul legitimei apărări.
- b. Art. 32 reglementează greșelile de drept și greșelile de fapt.
- c. Art. 33 abordează ordinele emise de superiori și reglementările legale.

Aceste motive, deși înlătură caracterul penal al faptei prin efectul lor direct, sunt și considerate factori care exclud răspunderea penală.

Conform art. 31 lit. a) CC al RM [35], o persoană nu poate fi responsabilizată penal dacă, în momentul comiterii infracțiunii, „se află într-o stare de afecțiune mintală sau deficiență care îi împiedică total abilitatea de a înțelege natura ilegală sau natura faptelor sale ori de a le controla, conform prevederilor legale”[349].

Intoxicația este o stare anormală în care este o persoană anume din cauza consumului de substanțe stimulante sau narcotice, care paralizează energia fizică și afectează facultățile psihice. Intoxicația care cauzează exonerarea de răspundere penală este cea accidentală, neprevăzută de autor și complet independentă de voința acestuia (Tabelul 6.1. *Date statistice privind persoanele dependente de alcool și substanțe narcotice, pentru perioada 2010/2018, în Republica Moldova*[sursa: <http://www.statistica.md/>]). Conform art. 31 lit. b), pentru ca intoxicația să aibă semnificație juridică, trebuie să fie îndeplinite cumulativ următoarele condiții:

1. Persoana trebuie să se afle în stare de intoxicație în momentul comiterii infracțiunii, astfel încât să nu poată înțelege caracterul ilegal sau natura faptelor sale și să nu poată controla acțiunile sale conform cerințelor legii.

2. Starea de intoxicație trebuie să fi fost accidentală și completă, adică persoana nu a ajuns

în această stare din voința sa și nu a putut prevedea riscul de a comite o infracțiune internațională în această stare. Astfel, intoxicația a fost completă și a lipsit persoana de capacitatea de a înțelege și a controla acțiunile sale.

Fapta comisă trebuie să fie o crimă reglementată de jurisdicția Curții Penale Internaționale.

Art. 32 din Statut [24] reglementează confuzia sau neînțelegerea situațiilor de fapt și a normelor legale:

a. Eroarea de fapt este considerată o cauză de excludere a răspunderii penale doar atunci când nu există elementul mental, respectiv intenția sau conștientizarea faptei.

b. Eroarea de drept, care constituie o formă particulară de comportament care de altfel este o infracțiune în jurisdicția Curții, nu cauzează automat excluderea răspunderii penale. Totuși, eroarea de drept poate conduce la exonerarea de răspundere penală dacă lipsește elementul mental, conform prevederilor art. 33 CC al RM [35].

Acest lucru presupune că, potrivit art. 32 alin. (1) CC al RM [35], în cazul în care infractorul nu are cunoștință sau înțelege eronat în legătură cu acțiunea sau inacțiunea pe care o realizează, precum și împrejurările asociate, el nu poate anticipa efectele faptelor sale. Astfel, din cauza erorii de fapt, îi va lipsi intenția și, în consecință, responsabilitatea. Dacă există o eroare semnificativă referitoare la acțiunea în sine și la condițiile în care aceasta are loc, această eroare exclude vinovăția făptuitorului, conducând la eliminarea răspunderii penale.

Conform art. 32 alin. (2) CC al RM [35], eroarea de drept, care reprezintă un comportament specific ce constituie o infracțiune conform jurisdicției Curții, nu este considerată o cauză de exonerare sau excludere a răspunderii penale. Totuși, eroarea de drept poate servi drept temei pentru excluderea răspunderii penale dacă lipsește elementul mental, conform art. 33 din Statut [24], care se referă la ordinele superiorilor și la prescripția legii [349].

2.7. Concluzii la capitolul 2

1. Responsabilitatea este un concept distinct în dreptul penal și nu reprezintă o simplă reflecție a iresponsabilității. Ea are trăsături clare și este o cerință pentru ca o persoană să răspundă penal pentru comiterea unei infracțiuni. Responsabilitatea psihică este esențială pentru a stabili răspunderea penală a unei persoane și pentru existența vinovăției. Fără responsabilitate psihică, nu poate exista vinovăție, iar, fără vinovăție, nu poate exista infracțiune. Astfel, lipsa infracțiunii conduce la inexistența răspunderii penale. Rolul educativ al responsabilității este de a cultiva sentimentul dreptății, stimulând activitatea individului bazată pe inițiativa proprie și alegerea liberă a obiectivelor, în concordanță cu valorile sistemului normativ.

2. Responsabilitatea redusă reprezintă o stare tranzitorie între responsabilitate și iresponsabilitate, reducând gradul de răspundere pentru faptele comise. Aceasta se bazează pe tulburări psihice, care nu elimină responsabilitatea, dar, în raport cu iresponsabilitatea, nu implică afecțiuni sau boli psihice severe.

3. Distanța dintre cauzele justificative și cele neimputabile este adesea realizată prin reglementări legale sau prin practica judiciară, indicând faptul că anumite cauze produc efecte „*in rem*”, conferindu-le caracterul de fapte justificative, în timp ce altele, cu efecte „*in personam*”, fiind motive de nevinovăție, sunt considerate motive de nevinovăție. În prezența acestora, o faptă care ar fi fost incriminată conform normei legale încetează să fie ilegală, devenind compatibilă cu ordinea juridică, adică una permisivă.

4. Iresponsabilitatea este o cauză ce exclude caracterul penal al faptei și nu trebuie percepută eronat cu alte cauze sau stări care conduc la răspunderea penală, eliberarea de pedeapsă sau anularea consecințelor unei condamnări, chiar dacă unele stări efective sau emoționale pot reduce gradul de răspundere penală.

5. Noțiunea de iresponsabilitate provine din latinescul „*in respondere*”, care înseamnă a nu purta răspundere. Starea de iresponsabilitate se referă la cazul în care persoana nu este capabilă să înțeleagă acțiunile sau inacțiunile sale din cauza acțiunilor sau inacțiunilor sale din motivul unei afecțiuni psihice de lungă durată sau a unei tulburări mentale de natură temporară, care îi afectează abilitatea de a le controla. Iresponsabilitatea și criteriile acesteia sunt reglementate de dreptul penal, oferind temeiul pentru exonerarea unui individ care a comis o faptă periculoasă sau prejudiciabilă de la răspunderea penală, care ar fi aplicabilă în alte circumstanțe.

6. Starea de iresponsabilitate se referă la cazul în care o persoană nu își poate înțelege semnificația și valoarea socială, morală și juridică a faptelor sale din cauza unei incapacități psihofizice. Aceasta include și incapacitatea de a-și controla sau dirija voința în mod normal, în raport cu propriile acțiuni. Astfel, în momentul comiterii unei fapte periculoase sau prejudiciabile, persoana nu poate să conștientizeze sau să controleze acțiunile sale din cauza unei tulburări psihice precum o boală mentală cronică sau o tulburare temporară a funcțiilor psihice, cum ar fi oligofrenia sau alte stări patologice.

7. Starea de iresponsabilitate a unei persoane se va evalua în momentul comiterii infracțiunii. Recunoașterea unei persoane ca iresponsabilă este un aspect juridic, iar acesta poate fi stabilită, doar de către instanța de judecată. Iresponsabilitatea se bazează pe două criterii: criteriul medical, ce se referă la existența unei afecțiuni psihice cronice, tulburări mentale de

natură temporară se referă la prezența unei afecțiuni psihice cronice, tulburări de natură temporară sau alte afecțiuni ce implică modificări psihice; criteriul juridic presupune lipsa capacității de a înțelege și a exercita control asupra propriilor acțiuni.

8. Se propune, aşadar, modificarea și completarea art. 402 privind iresponsabilitatea din CP al RM [26], prin adăugarea unui nou alineat (alin. 3), care să stipuleze că în cazul în care a fost provocată starea de iresponsabilitate, făptuitorul a dorit sau a acceptat comiterea infracțiunii, sau deși ar fi putut, nu a prevăzut-o, va răspunde penal pentru fapta comisă cu intenție. Dacă însă făptuitorul nu a prevăzut și nu a dorit comiterea faptei, aceasta va fi considerată o infracțiune comisă din imprudență, în conformitate cu reglementările CP al RM [26]. De asemenea, se propune completarea art. 28 privind iresponsabilitatea, alin. 2 din CP al României [36], cu mențiunea: *“Dacă ... în actualul Cod, în această formă.”*

3. LIMITELE PROPRII ȘI MODALITĂȚILE DE EVALUARE A IRESPONSABILITĂȚII PENALE

3.1. Iresponsabilitatea individului aflat în stare de afect

Autorul C. Barbacar susține că problematica afectului este una dintre cele mai complexe, nu doar în dreptul penal, ci și în domenii precum psihologia, psihofiziologia sau pedagogia. Stabilirea răspunderii penale și a limitelor acesteia nu poate fi realizată fără o fundamentare psihologică prealabilă [78, p.53].

Termenul „*afect*” derivă de la latinescul “*affectus*”, care semnifică emoție intensă sau stare sufletească puternică. Conform Dicționarului Explicativ al Limbii Române, afectul este definit ca o reacție emoțională intensă, de scurtă durată.

Starea de afect - este asociată cu modificări organice precum oboseală, neliniște, dorință sexuală, anxietate, tulburări neurogene și alte simptome fizice. Caracteristicile exploziei afective sunt următoarele [364]:

- a) agresivitate intensă și furie, care poate duce până la pierderea controlului de sine;
- b) stare de groază, anxietate și disperare;
- c) reducerea câmpului de conștiință, percepție și conștientizare distorsionate, focalizate pe cauza care a generat tensiunea nervoasă, cu diminuarea sau lipsa unor senzații;
- d) regresia comportamentală, în direcția unor reacții primitive, dar influențate cultural;
- e) comportament inadecvat;
- f) crize necontrolate de râs sau plâns, comportamente impulsive, care se abat de la tiparele obișnuite de comportament;
- g) dezorganizări motorii, cum ar fi vorbirea afectată, mișcări rapide și haotice, gesturi exagerate și o forță crescută, însoțite de modificări organice evidente, care perturbă funcționarea normală.

Sub influența afectului fiziologic omul poate săvârși acțiuni impulsive și crime grave.

După izbucnirea emoțională, urmează o perioadă de epuizare, cauzată de un consum excesiv de energie, manifestată prin astenie psihică și fizică, trăiri intense, oboseală și sentimente de milă și milă față de victimă.

De obicei, persoana își anunță crima autorităților și așteaptă, deși uneori poate încerca să fugă fără a se ascunde sau a șterge urmele. Adesea, nu este conștientă de aspectul său fizic ori de comportament, iar afectul poate duce la amnezie, făcând-o să uite faptele comise în acele momente.

În contextul expertizei psihologice judiciare, afectul fiziologic este examinat cu scopul de

a determina capacitatea de recunoașterea și controlul acțiunilor de către persoana implicată în comiterea infracțiunii.

Afectul fiziologic reprezintă o condiție atenuantă, comportamentul inculpatului fiind influențat de trăiri intense, care pot duce uneori la iresponsabilitatea completă față de comportamentele sale. În acest context, apar mai multe probleme, cum ar fi determinarea naturii afectului (*fiziologic sau patologic*), diferențierea acestuia de manifestările patologice ale psihicului și de alte stări emoționale care nu duc la dereglări de comportament la fel de severe precum afectul. Aceste dificultăți pot fi depășite prin analiza și evaluarea circumstanțelor care au generat afectul, a particularităților psiho-individuale ale subiectului, manifestările psiho-fiziologice în timpul incidentului și comportamentul post-afectiv [364].

Starea de afect și intensitatea emoțiilor pot fi calculate folosind formula: $E = V(In - Ip)$, unde E reprezintă forța emoțiilor, V este valoarea, necesitatea sau importanța care a generat afectul, reprezintă informația pe care subiectul ar trebui să o dețină pentru a rezolva conflictul, iar Ip este informația de care dispune deja. Cu cât valoarea obiectului care a cauzat conflictul (V) este mai mare și cunoașterea soluțiilor pentru rezolvarea acestuia (Ip) este mai mică, cu atât mai grave sunt circumstanțele care a cauzat apariția afectului.

Ponderea valorii (V) este determinată de poziția acesteia în ierarhia necesităților, trebuințelor și motivelor personale. Valori cu o pondere mai mare sunt, de exemplu, sănătatea și bunăstarea proprii și ale celor dragi (*copii, soț/soție, părinți etc.*), onoarea, respectul, autoritatea, evaluarea socială și altele. Un comportament agresiv al unei persoane sau condițiile nefavorabile în raport cu aceste valori pot duce la o stare emoțională tensionată (Anexa 2. *Formulă de calcul a forței emoțiilor și schema funcțională a stărilor afective. Anexă 2.1. Formulă de calcul a forței emoțiilor*)

Intensitatea emoțiilor poate fi influențată de trăsăturile individuale, fiind mai pronunțată la persoanele cu caracter accentuat, rigiditate cognitivă sau instabilitate a sistemului nervos central. Studiile arată că infractorii aflați în stare de afect sunt, de regulă, bine integrați social, respectă normele și au standarde ridicate pentru sine și ceilalți. Totuși, aceștia pot prezenta forme latente sau subclinice de psihoză.

Alți factori adiționali care influențează apariția afectului includ [364]:

1. Vârsta. Infracțiunile comise sub influența afectului sunt mai frecvente la persoanele tinere, până în 40 de ani (85,3%), predominând categoria de vârstă între 20 și 29 de ani (70,6%).
2. Genul. Dintre cei implicați, 74,5% sunt bărbați, iar 25,5% femei.
3. Stări individuale temporare. Factori precum afecțiuni somatice, suprasolicitare psihică

sau fizică, insomnie, astenie psihică sau sarcina pot contribui la declanșarea afectului.

Autorul rus V. Vasilev consideră că pentru a înțelege particularitățile relevante pentru activitatea investigatorilor în procesul de cercetare a afectului fiziologic este necesar de a lua în calcul toți factorii ce stau la baza apariției afectului [269].

Evaluarea stării emoționale depinde semnificativ nu de cantitatea de informații disponibile în dosarul penal cu privire la personalitatea și comportamentul persoanei implicate în infracțiune. În acest context, cercetătorul sugerează ca aceste informații să fie colectate pe parcursul anchetării victimei, martorilor și învinuitului.

Martorii și victima trebuie să acorde detalii cu privire la aspectul fizic al învinuitului, precum și despre comportamentul acestora înainte, în timpul și după comiterea infracțiunii. De asemenea, sunt relevante informațiile despre natura relațiilor dintre infractor și victimă. Învinuitul, la rândul său, trebuie să ofere informații despre starea sa fizică (*afecțiuni medicale, oboseală, insomnie etc.*), natura relațiilor cu victima, precum și originea și specificul conflictului care a precedat infracțiunea.

Dosarul penal trebuie să includă documente care să contureze profilul personal al învinuitului, cum ar fi referințe de la membrii familiei, vecini sau colegi de muncă.

Expertiza psihologică judiciară (*EPJ*) are în vedere următoarele aspecte relevante pentru cercetarea afectului [364]:

a) evaluarea circumstanțelor care au condus la comiterea infracțiunii, inclusiv analiza relațiilor interpersonale dintre învinuit și victimă înainte de infracțiune, dinamica acestor relații și cauzele conflictului, precum și dezvoltarea acestuia;

b) investigarea personalității infractorului, inclusiv a trăsăturilor individuale, psihologice și sociale, precum și modul în care acestea s-au manifestat în momentele relevante pentru anchetă;

c) analiza fenomenologiei infracțiunii, cu accent pe identificarea caracteristicilor de personalitate care au contribuit la acumularea tensiunii psiho-nervoase și declanșarea reacției afective;

d) determinarea tipului de afect implicat, diferențierea acestuia de alte stări emoționale sau reacții afective;

e) diagnosticarea preliminară a eventualelor patologii sau deviații, cu referire la specialiști în domeniul psihiatric, neurologic etc.

Aceste aspecte trebuie să fie incluse în mod clar în ordonanța de dispunere a expertizei psihologico-judiciare.

Deși legiuitorul nu menționează explicit tipurile de afect, în psihologie se consideră că

acestea pot apărea sub diverse forme, cele mai comune fiind furia, ura, teroarea și frica și disprețul. În psihiatrie, afectele sunt divizate în două categorii:

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

Apariția mecanismelor fiziologice asociate unui anumit tip de afect este corelată cu caracterul persoanei, precum și numeroși factori interni și externi. Pentru o evaluare exactă a săvârșirii unei fapte sub influența afectului, este crucială determinarea precisă a tipului de afect, a motivului și cauzelor acestuia, precum și a formei de vinovăție.

Conceptul de afect fiziologic nu provine din drept sau psihologie, ci din psihiatria judiciară. Acesta a apărut ca alternativă la noțiunea de afect patologic, care, potrivit lui F. Safunov, reprezintă o tulburare temporară a activității psihice, implicând nu doar mecanisme biochimice și psihologice, ci și fiziologice [280, p. 4].

Principalele trăsături ale afectului sunt:

- a) afectul implică atât activități conștiente, cât și componente voliționale, având tendința de a deveni violente;
- b) se restrânge aria conștientului, iar controlul conștient-volițional este diminuat;
- c) percepția realității obiective este afectată, iar reacția afectivă devine inadecvată.

Reacția la factorii externi declanșatori este subiectivă, fenomen cunoscut sub denumirea de „afecționare”, fiind influențată de modificările emoționale produse de stimuli externi. Intensitatea afectului este determinată de temperamentul și caracterul individului.

Afectul fiziologic trebuie diferențiat de afectul patologic, care reprezintă o tulburare psihică temporară. În cazul afectului patologic, apare o obnubilare accentuată a conștiinței, iar persoana își pierde capacitatea de a conștientiza și ar controla propriile acțiuni, fiind considerată iresponsabilă [280, p. 4].

Afectul patologic este o condiție anormală de natură psihogenă, care se manifestă la persoane altfel sănătoase. Afectul patologic este perceput de psihiatri ca o reacție emoțională declanșată ca răspuns la un factor psiho-traumatic [270, p. 348].

Pentru a face distincție între afectul patologic și cel fiziologic, este esențial să se țină cont de faptul că acestea sunt stări diferite, chiar dacă au anumite trăsături comune. Printre elementele comune enumerăm: apariția bruscă, reacția emoțională intensă, manifestarea explozivă, debutul rapid, descărcarea emoțională puternică, epuizarea psihică și fizică, precum și amnezia parțială.

Afectul patologic se diferențiază de cel fiziologic prin prezența simptomelor psihogene specifice stării crepusculare, în timp ce afectul fiziologic nu implică o stare psihotică. Evaluarea

psihiatrică a acestora este distinctă. Iresponsabilitatea este recunoscută doar dacă, la momentul faptei, sunt prezente semnele afectului patologic, considerat o tulburare psihică temporară ce afectează conștientizarea pericolului social.

Emoțiile sunt experiențe subiective ce reflectă atitudinea individului față de lume și de sine, fiind strâns legate de personalitate. Intensitatea lor depinde de satisfacerea nevoilor. Afectul fiziologic, o emoție intensă și de scurtă durată, influențează profund comportamentul și se deosebește de afectul patologic prin expresivitate și manifestare [376].

În psihiatria judiciară, autorii M. Corchina și N. Lacosina fac deosebire între afectul fiziologic și afectul patologic [275, p.156]. Afectul patologic reprezintă o stare psihică anormală, în care persoana nu își mai poate controla sau conștientiza acțiunile, iar afectul fiziologic este o trăire emoțională extrem de intensă, ce poate duce la întunecarea conștiinței și paralizarea voinței, manifestându-se prin reacții motrice automate și lipsite de sens.

Afectul patologic se desfășoară în trei etape:

1. *Faza pregătitoare* – are loc sub influența emoțiilor traumatizante, percepția realității este distorsionată, iar capacitatea de înțelegere a propriei stări se reduce. Gândirea devine limitată la trăirile emoționale intense.

2. *Faza izbucnirii* – se caracterizează printr-o descărcare afectivă bruscă, însoțită de o perturbare profundă a conștiinței și a orientării persoanei.

3. *Faza finală* – apare o diminuare bruscă a forțelor fizice și psihice, urmată de relaxare generală și adesea de un somn profund, persoana devenind indiferentă față de cele întâmplătoare.

Psihiatrul polonez A. Luncvinski accentuează diferențele dintre afectul fiziologic și cel patologic. Acesta indică că, în cazul afectului fiziologic, reacția față de cauzele care l-au generat este adecvată, în timp ce, în cazul afectului patologic:

- 1) reacțiile emoționale sunt mult mai intense, iar tulburarea conștiinței este mai evidentă.
- 2) acțiunile sunt iraționale, lipsite de scop și spontaneitate, adesea sunt extreme prin cruzimea lor.
- 3) apar lacune de memorie, care nu sunt prezente în afectul fiziologic.

Autorul I. Pavlov este de părere că afectul este un fenomen clinic sănătos al comportamentului uman. Respectiv, acesta pune întrebarea dacă observăm cum o persoană, sub influența afectului, face lucruri pe care nu le-ar face în mod normal. Iar autorul V. Luncvinski, adaugă, că, în unele cazuri, chiar și în cazul afectului fiziologic, subiectul poate fi complet incapabil să-și controleze acțiunile, însă anume această incapacitate nu poate fi considerată patologică. Așadar, în acest caz, instanța nu poate considera infracțiunea comisă în stare de

iresponsabilitate. În schimb, în cazul afectului patologic, unele elemente sociale își pierd semnificația, iar continuitatea evenimentelor este întreruptă, acțiunile devenind incongruente cu circumstanțele [278, p.425].

Potrivit autorului G. Langhe observă că în afectul patologic, persoanele predispune pot experimenta o criză violentă, cu comportamente agresive și simptome fizice intense, urmată de o perioadă de amnezie. Afectul fiziologic nu exclude răspunderea penală și, respectiv, indică faptul că persoana nu era lipsită de control conștient când infracțiunea a fost comisă [318, p.425].

Comportamentul infracțional în stare de afect nu poate fi considerat complet deconectat de conștient. Autorul B. Teplov consideră că acțiunile impulsive se disting de cele conștiente printr-o mică diferență și anume prin capacitatea de a conștientiza. Vinovăția poate fi fundamentată pe capacitatea de a percepe și a controla acțiunile. Dacă acțiunile sunt considerate infracțiuni, persoana trebuie să fie aptă să le conștientizeze și să le dirijeze. Afectul patologic implică o tulburare completă a conștiinței, iar afectul fiziologic se caracterizează printr-o conștiință îngustată. Deci, acțiunea în stare de afect fiziologic constă din rațiune și aceasta nu poate fi privită ca o stare inconștientă, iar persoana în această stare își păstrează capacitatea de autocontrol [275, p.326].

Ca rezultat al studiilor conflictul provoacă o stare de afect mai intensă, atunci când afectează sfera motorie și mai ușor de depășit când se mută în sfera intelectuală. Afectul apare frecvent la persoanele irascibile, dar rațiunea le permite să se abțină de la acțiuni. Nu toți cei care se află în această stare comit infracțiuni, iar determinarea acestei stări provoacă controverse. Anumite autorități recomandă realizarea unor expertize psihologico-judiciare sau psihologico-psihiatrice.

Autorii V. Stașis și M. Bajanov afirmă că, pentru a stabili dacă o acțiune a fost comisă într-o stare de afect fiziologică sau patologică, este necesară realizarea unei expertize judiciare psihiatrice [281, p. 326].

Mulți practicieni și cercetători consideră că judecătorul trebuie să stabilească, în fiecare caz, starea de afect pe baza convingerii sale intime, atribuind afectul la categoria apreciativă. Acest lucru oferă judecătorilor o libertate mare în evaluarea cazurilor, ceea ce poate cauza erori judiciare. Adesea, instanțele consideră că faptele de omor au fost comise în stare de afect, chiar dacă persoana nu se afla într-o astfel de stare. În alte situații, se consideră că moartea victimei a fost provocată în stare de afect, deși făptuitorul a depășit limitele autoapărării. În evaluarea stării emoționale, instanța ia în considerare două aspecte esențiale:

- a) natura actelor provocatoare ilegale ale victimei;

b) timpul necesar reacției făptuitorului.

Provocarea ilegală și reacția rapidă nu sunt suficiente pentru a confirma starea de afect, deoarece nu generează întotdeauna o emoție intensă. Stabilirea afectului revine organelor judiciare, iar evaluarea profesională aparține psihologilor și psihiatrilor. Afectul fiziologic se caracterizează prin reacții bruște, reducerea conștiinței și a autocontrolului, ceea ce cauzează neglijarea altor factori și vătămarea victimei.

Înainte de a experimenta afectul, persoana nu ia în considerare comiterea infracțiunii și nu ar accepta conștient acest lucru. De aceea, multe persoane care săvârșesc infracțiuni în stare de afect regretă ulterior, se căiesc și suferă din cauza remușcărilor. Este important de menționat că anumite trăsături psiho-fizice observate sunt și ele caracteristice afectului patologic. Autorul V. Cudreavțev, afirmă faptul că având în vedere unicitatea psihicului uman, este necesar să se aplice cunoștințe specializate în psihologie și psihiatrie pentru o evaluare corectă a stării de afect, motiv pentru care se impune efectuarea unei expertize complexe [273, pp. 21-27].

Autorul S. Borodin afirmă că expertul psiholog nu poate determina apariția afectului, fiind o chestiune apreciativă. Judecătoria Supremă a RSFSR subliniază că instanța trebuie să analizeze toate circumstanțele pentru a stabili dacă afectul a fost brusc și reacția imediată. Dovedirea afectului fiziologic necesită excluderea celui patologic printr-o expertiză psihologico-psihiatrică, iar psihiatrul are rolul de a analiza influențele biologice și dinamica proceselor psihologice [285, p.114].

Expertul psiholog are următoarele atribuții [286, p.60]:

- a) să evalueze situația, a personalitatea și fenomenologia exploziei afective;
- b) să identifice mecanismele psihologice care generează starea de afect și analiza manifestărilor externe ale acestuia;
- c) să diferențeze afectul fiziologic de alte condiții emoționale și de răspunsurile afective ce nu ajung la intensitatea afectului.

Pentru a determina afectul patologic, expertul psihiatru analizează documentele medicale, probele din anchetă și caracteristicile psihofiziologice ale făptuitorului. Psihologii, deși nu pot stabili diagnostice, pot identifica afectul fiziologic, evaluând trăsăturile personale, maturitatea, experiența, emoțiile, temperamentul și factorii psihofiziologici implicați înaintea infracțiunii.

Stabilirea afectului fiziologic necesită cunoștințe din multiple domenii ale științei psihicului uman, nu doar din drept. Un psiholog experimentat poate evalua cel mai bine prezența afectului, analizând temperamentul, comportamentul și reacțiile individului. Afectul fiziologic se

determină printr-o expertiză medico-legală sau psihologico-psihiatrică, însă aceasta este rar utilizată în practică.

Stările emoționale apar încă din momentul în care persoana (*suspect, învinuit, inculpat, martor*) este chemată în fața examinatorului poligraf, având o dinamică generală de manifestare:

a. În cazul unei persoane care a comis o infracțiune, conștientizarea pericolului de a fi descoperit determină organismul să intre într-o stare de vigilență crescută, o „*alarmare*” involuntară, pregătind organismul pentru a face față pericolului, prin mecanisme neuro-hormonale, ceea ce se reflectă în parametri psihologici controlați.

b. Detaliile procedurii de examinare, precum ordinea și selecția stimulilor, vor fi discutate într-o secțiune ulterioară a capitolului.

c. În cazul unei persoane nevinovate, stările emoționale sunt, de obicei, mai slabe, având un caracter pozitiv, fiind cauzate mai mult de curiozitate și interes, decât de teama față de examinator. Pe măsură ce i se explică scopul examinării și întrebările ce urmează să-i fie adresate, persoana se liniștește și colaborează corect cu specialistul examinator.

La începutul întrebărilor, persoana vinovată reacționează involuntar, reactivând amintiri și emoții legate de faptă. Factorii surpriză pot destabiliza analiza cognitivă, iar frica de a fi demascată domină conștiința, generând reacții instinctive precum blocajul motor.

Activitatea laringelui și a coardelor vocale influențează sunetul și frecvența vocii, iar stresul psihologic provoacă tremur muscular în aparatul fonorespirator. Emoțiile afectează presiunea subglotică, salivarea și controlul vibrațiilor vocale. Deoarece structura psihologică este unică, viteza și presiunea scrierii diferă, necesitând parametri individuali pentru a identifica influența emoției.

Juriștii și psihiatrii recunosc existența unui grup de infractori cu anomalii psihice, adesea acționând cu responsabilitate redusă. Dezbaterile persistă, iar în literatura europeană, subiectul a fost abordat pentru prima dată acum 150 de ani, fiind tratat diferit în legislațiile penale.

CP al RM [26] include o dispoziție relativ nouă, art. 23¹ – „*Responsabilitatea redusă*” [26]. Conform art. 23¹ alin. (1), o persoană care a comis o infracțiune sub influența unei tulburări psihice, stabilite prin expertiză medicală, și care nu putea înțelege în totalitate natura și conformitatea faptelor sale cu legea sau nu era capabil să le poată controla în totalitate, răspunde penal în mod redus. Alin. (2) prevede că instanța va lua în considerare această tulburare pentru a putea determina sancțiunea sau măsurile de protecție, fără a exclude însă răspunderea penală.

Pentru a clarifica statutul juridic al responsabilității reduse, legiuitorul din RM a precizat că aceasta nu înlătură răspunderea penală a făptuitorului. Mai mult, este prevăzută ca o

circumstanță atenuantă în art. 76 alin. (1) lit. d) din CP [26].

În alte țări, responsabilitatea redusă este abordată diferit. Școlile de drept penal (*clasică, sociologică și antropologică*) nu au o viziune unitară asupra acestui concept, existând divergențe atât în definirea, cât și în aplicarea acesteia în combaterea criminalității.

Practica juridică și psihiatrică a identificat un grup de persoane aflate între iresponsabilitate și responsabilitate deplină. Deși răspund penal, anomaliile psihice le influențează comportamentul. Unele legislații au introdus noțiunea de responsabilitate redusă, iar literatura de specialitate abordează această problemă complexă.

Codurile penale din Germania, Rusia și Polonia recunosc responsabilitatea parțială, o stare tranzitorie între responsabilitate deplină și iresponsabilitate. Aceasta rezultă dintr-o tulburare psihică ce afectează înțelegerea sau controlul acțiunilor, fără a exclude răspunderea penală. În astfel de cazuri, pot fi aplicate pedepse reduse sau măsuri de constrângere medicală.

Codul penal elvețian din 1937 tratează pe larg responsabilitatea redusă aplicabilă, când tulburările psihice sau dezvoltarea mintală insuficientă împiedică infractorul să-și înțeleagă comportamentul. În aceste situații, instanța poate diminua pedeapsa. Conform opiniei autorului A. Mariș, judecătorul, pe baza concluziilor expertului, poate decide internarea persoanei cu responsabilitate redusă într-un spital pentru a evalua dacă aceasta reprezintă un pericol pentru securitatea socială și ordinea publică [179, p. 157].

Art. 22 din CP al Federației Ruse [48] stipulează că o persoană responsabilă, care, din cauza tulburărilor psihice, nu a fost capabilă să înțeleagă pe deplin caracterul și pericolul social al acțiunilor sale sau să le controleze în momentul comiterii infracțiunii, poate fi trasă la răspundere penală.

Printre persoanele considerate responsabile se află și cei cu defecte psihice, precum psihopatiile de diferite grade, debilizii mintali, alcoolismul cronic etc. Aceste persoane sunt capabile să își conștientizeze și să își controleze acțiunile, ceea ce le face responsabile. Cu toate acestea, autorii V. Lebedev și I. Scuratov susțin că abilitatea lor de a înțelege natura și semnificația acțiunilor este importantă în evaluarea responsabilității [267, p. 32].

Autorul A. Mariș definește „*responsabilitatea redusă*” ca starea psihică tranzitorie între normalitate și patologie, unde persoana, deși răspunzătoare penal, avea capacitatea limitată de a înțelege sau a controla faptele din cauza unei tulburări psihice. Aceasta trebuie reglementată în legislația penală, fiind o categorie distinctă a dreptului penal [179, p. 164].

Conform art. 20 alin. (3) din CP al Federației Ruse [48], un minor care a atins vârsta stabilită de alin. 1 și 2, dar din cauza unui deficit în dezvoltarea psihică, fără legătură cu o

tulburare psihică, care nu putea să înțeleagă pe deplin caracterul și pericolul acțiunilor sale în momentul săvârșirii faptei, nu va răspunde penal. Această normă este adesea denumită în literatura juridică „*iresponsabilitate după vârstă*” („*возрастная невменяемость*”).

Alienația minorilor se deosebește de iresponsabilitate, care afectează grav capacitatea de înțelegere și control. Pentru a stabili alienația unui minor, se impune o expertiză realizată de specialiști în psihologie, asistență socială, pedagogie sau psihiatrie.

În funcție de gravitatea faptei și deficiențele mintale ale minorului, se poate dispune internarea într-o instituție specializată sau aplicarea unor măsuri educative. Legislația nu exclude răspunderea penală a minorilor cu întârzieri în dezvoltare, dar impune expertiza psihiatrică pentru a evalua conștientizarea faptei și capacitatea de autocontrol. În dreptul român, discernământul este un criteriu esențial al responsabilității medico-legale, reflectând abilitatea de a concepe un plan de acțiune, de a urmări un scop și a organiza etapele necesare.

Potrivit autorului V. Beliș, discernământul este influențat de structura personalității și conștiinței individului, nu doar de organizarea motivată a faptei. Expertiza medico-legală trebuie să analizeze intenția, motivația și nivelul de conștiință al persoanei, atât la momentul faptei, cât și în timpul evaluării [82, p.740]. Autorii L. Uța și C. Jora definesc discernământul ca fiind capacitatea de a înțelege acțiunile proprii și consecințele acestora, bazată pe un câmp de conștiință clar, perceperea corectă a realității și abilitatea de a construi planuri de acțiune [250, p. 124].

Pentru a stabili existența discernământului, este necesară o evaluare psiho-patologică a făptuitorului, analizând relația dintre tulburările psihice și faptele comise. Evaluarea determină dacă persoana putea înțelege natura acțiunilor sale și consecințele acestora. Discernământul presupune capacitatea de a distinge între corect și greșit sau între legal și ilegal, bazându-se pe:

- a) percepție corectă a realității, a actului și a consecințelor acestuia;
- b) gândire logică;
- c) funcții afective și volitive normale care susțin comportamentele umane.

Discernământul este capacitatea de a evalua corect realitatea, influențată de personalitate, intelect, experiență și conștiință. Se analizează, în funcție de boală, circumstanțele faptei, intenția și capacitatea de a înțelege consecințele. Responsabilitatea și discernământul sunt concepte universale, iar conștiința are patru niveluri: elementar, logic, axiologic și etic [157, p.21; 250, p.125; 85, p.745].

Minorii între 14 și 16 ani pot răspunde penal doar dacă se dovedește discernământul. Instanța supremă a stabilit că un minor care a ucis o persoană, aruncând o vergea metalică, avea

discernământ, deoarece raportul medico-legal nu a indicat anomalii psihice. Pentru o altă infracțiune, discernământul trebuie reevaluat [250, p. 10, 448, p. 10].

Autorul X. Ulianovschi susține că, de la 14 ani, minorii sunt prezumați a acționa cu discernământ, însă autorul menționează că acest punct de vedere nu este corect, deoarece nu se poate considera că dispozițiile legale sunt abrogate doar pe baza vârstei. Dezvoltarea fizică și psihică a minorilor nu se schimbă brusc, iar pentru a răspunde penal, este necesară și experiența socială. Discernământul înseamnă capacitatea minorului de a înțelege consecințele acțiunilor sale și de a-și controla voința în acest sens [246].

3.2. Aspectele iresponsabilității în contextul consumului de droguri sau alcool. Temeiurile care justifică impunerea măsurilor de constrângere de natură medicală

Potrivit art. 24 din CP al RM [26], o persoană care comite o infracțiune în condițiile unei stări de intoxicație, fie alcoolică, fie provocată de alte substanțe, nu poate fi exonerată de răspundere penală. Cu toate acestea, gradul de ebrietate și influența acesteia asupra săvârșirii faptei vor fi luate în considerare la stabilirea pedepsei.

Alcoolismul, prin consum excesiv și frecvent, poate cauza psihoze și iresponsabilitate, devenind o afecțiune cronică. Consumul de alcool, droguri sau toxice poate favoriza infracțiuni, iar instanțele pot dispune tratament forțat în astfel de cazuri.

Ebrietatea se referă la starea în care o persoană se află din cauza consumului de alcool, substanțe toxice sau alte substanțe care inhibă activitatea centrilor nervoși [176, p. 144]. Starea de ebrietate obișnuită, cauzată de alcool sau substanțe narcotice, nu constituie iresponsabilitate, deoarece nu există un criteriu medical, precum o boală psihică, care să o justifice.

În dreptul penal, pentru a stabili cu exactitate impactul stării de ebrietate asupra răspunderii penale, se face distincție între diverse forme de beție, având în vedere atitudinea psihică a persoanei față de inducerea stării de ebrietate, gradul acesteia și frecvența cu care persoana își provoacă astfel de stări.

În funcție de atitudinea individului, responsabilitatea pentru inducerea stării de beție se diferențiază între (Figura 3.2. *Reprezentarea grafică a infracțiunilor comise în stare de ebrietate, decembrie 2020*):

- *beția accidentală (fortuită)*, atunci când starea de ebrietate apare fără intenția persoanei;
- *beția voluntară*.

Beția voluntară se divide [117, p. 272] în:

- a) beția voluntară simplă - dacă persoana nu are intenția de a se îmbăta.

b) beția voluntară preordinată - când persoana își provoacă starea de ebrietate pentru a comite o infracțiune.

c) beția voluntară ocazională când consumul de alcool este întâmplător.

d) beția voluntară cronică - când devine o stare persistentă.

În funcție de gradul de intoxicație, beția poate fi [79, p. 185]:

a) beția completă - când facultățile fizice și psihice sunt aproape complet afectate;

b) beția incompletă - în stadiu incipient, cu o diminuare a capacității de autocontrol și autodirijare a comportamentului.

Literatura juridică distinge între beția completă, care implică pierderea controlului și a capacității de înțelegere, și beția incompletă, ce variază de la forme ușoare la stări acute. Beția completă determină o paralizare fizică și psihică severă, făptuitorul nefiind conștient de acțiunile sale [110, p.4].

Starea de ebrietate poate fi de două tipuri (figura 3.1. *Reprezentarea grafică a infracțiunilor comise în stare de ebrietate, decembrie 2018*):

a) stare de ebrietate fiziologică; b) stare de ebrietate patologică.

Ebrietatea fiziologică nu implică o tulburare psihică și nu exonerează de răspundere penală, fiind uneori considerată circumstanță agravantă. În schimb, ebrietatea patologică este o tulburare temporară ce afectează autocontrolul și poate cauza la iresponsabilitate juridică [30, pp. 81-82].

Chiar și o cantitate mică de alcool poate declanșa ebrietatea patologică, iar consumul frecvent poate provoca tulburări precum delirium tremens sau halucinații. În aceste stări, percepția și contactul cu realitatea sunt afectate, iar autocontrolul devine imposibil [176, p. 145].

Persoanele care comit fapte prejudiciabile în stare de ebrietate patologică sunt considerate iresponsabile. Declanșarea acestei stări nu este determinată exclusiv de influența alcoolului, ci mai ales de existența unor afecțiuni patologice permanente sau temporare.

Starea permanentă provine din leziuni ale sistemului nervos central, cauzate de boli sau traume anterioare, fără manifestări vizibile în mod normal. Starea temporară poate fi influențată de stres, oboseală sau frică. În astfel de situații, chiar și o cantitate mică de alcool poate declanșa ebrietatea patologică, deși recurența acestui fenomen este rară [339, p. 344].

Ebrietatea patologică începe ca o stare obișnuită, dar evoluează rapid prin alterarea conștiinței și percepției realității. Persoana poate experimenta frică intensă, sentimentul de amenințare și dezorientare, ducând la interpretări delirante. În funcție de circumstanțe, această stare poate exclude, atenua sau agrava răspunderea penală, dacă sunt îndeplinite anumite condiții

[144, p. 402]:

1. făptuitorul să fie aflat sub influența alcoolului sau a altor substanțe pe întreaga durată a săvârșirii faptei;

2. dacă infracțiunea s-a desfășurat pe o perioadă mai lungă, iar starea de ebrietate a fost prezentă doar o parte din acest interval, condiția nu va fi îndeplinită.

Legea distinge între starea de beție și iresponsabilitatea rezultată din beție, atunci când aceasta capătă forme psihopatice. Dacă beția a determinat o astfel de stare, ducând la iresponsabilitatea persoanei, fapta comisă nu mai are caracter penal, fiind exclusă răspunderea penală [117, p. 273].

Beția trebuie să fie accidentală, adică fără intenția făptuitorului. Beția voluntară simplă poate reduce responsabilitatea, în timp ce cea premeditată, provocată pentru a comite o infracțiune, este considerată o circumstanță agravantă.

Beția trebuie să fie completă, afectând conștientizarea și controlul acțiunilor, dar fără a echivala cu beția comatoasă. Pentru răspunderea penală, persoana trebuie să aibă un minim de înțelegere și voință. Beția poate influența calificarea faptei doar dacă este prevăzută de legea penală [110, p.4].

În vederea implementării măsurilor de constrângere medicală în cazul alcoolicilor și narcomanilor în cadrul unui proces penal, este necesar ca anumite condiții să fie îndeplinite:

- a) infracțiunea comisă trebuie să fie reglementată de legislația penală;
- b) făptuitorul să prezinte un pericol social și să existe riscul de a comite alte fapte penale;
- c) acest pericol să rezulte din starea de sănătate, afectată de consumul cronic de alcool sau substanțe stupefiante.

Intoxicările cronice sunt evaluate de specialiști pentru a identifica modificări psihofiziologice permanente și necesitatea unor măsuri specifice. Se analizează contraindicațiile și opțiunile de tratament, iar orice afectare a sănătății cu impact social ajută la determinarea pericolozității făptuitorului [194, p. 240].

Conform art. 103 CP al RM [26], persoanele diagnosticate cu alcoolism sau narcomanie pot fi supuse tratamentului medical forțat dacă au comis o infracțiune și există un aviz medical. Instanța poate dispune această măsură din oficiu sau la solicitarea unei instituții, indiferent dacă fapta a fost comisă în stare de ebrietate sau sobrietate.

Abuzul de alcool și consumul ilegal de droguri cresc riscul afecțiunilor psihice. Legea reglementează tratamentul obligatoriu și spitalizarea celor cu dependențe cronice. Aceste măsuri sunt necesare din cauza impactului social negativ al acestor persoane. Expertiza medicală

confirmă diagnosticul de dependență. Totuși, legislația penală nu prevede reglementări specifice pentru toxicomani [37].

Instanța poate dispune tratament forțat pentru alcoolici și narcomani, fără termen fix, până la vindecare, inclusiv după eliberare. Tratamentul are loc în instituții medicale conform legislației. Pentru a stabili ebrietatea patologică, este necesar un aviz medical. CP actual al RM [26] definește atât responsabilitatea, cât și iresponsabilitatea, spre deosebire de cel din 1961 [27].

Conform art. 22 din CP al RM [26], răspunderea vizează condiția psihologică a individului, implicând abilitatea acestuia de a percepe și a înțelege pericolozitatea socială sau pericolozitatea faptei sale, la fel și abilitatea de a manifesta intenția și a-și gestiona comportamentul.

O persoană cu un psihic sănătos își poate evalua acțiunile, lua decizii și alege comportamente în funcție de scopuri și nevoi. Comportamentul său este influențat de factori externi și interni, integrați în conștiința sa [276, p. 43].

Potrivit autorilor I. Antonean și C. Borodin, responsabilitatea reprezintă o stare psihologică a persoanei, care, în funcție de dezvoltarea sa, vârstă, gradul de socializare și sănătatea psihică la momentul comiterii infracțiunii, se traduce prin capacitatea de a înțelege acțiunile sale și de a le controla. În acest context, responsabilitatea permite ca persoana să fie supusă răspunderii și pedepsei penale. De asemenea, autorii M. Grama, S. Botnaru, A. Șavga și V. Grosu sunt de opinia că responsabilitatea este o condiție esențială pentru a stabili subiectul activ al infracțiunii, vinovăția acestuia și pentru a aplica sancțiunile penale [95, p. 181].

Răspunderea penală a celor care comit infracțiuni în stare de ebrietate depinde de capacitatea lor de a înțelege și a controla faptele. Infracțiunile sunt frecvent violente, iar alcoolismul cronic poate mima simptomele ebrietății patologice, complicând evaluarea responsabilității penale [72, p. 43].

În dreptul penal și psihiatria judiciară există opinii divergente privind răspunderea penală în cazul ebrietății grave. I. Ivanov susține că, deși afectează procesele psihice, aceasta nu exclude responsabilitatea penală. Alți autori consideră că persoana își pierde responsabilitatea, dar răspunderea poate fi aplicată prin principiul „*actio libera in causa*”, dacă starea a fost provocată intenționat.

Studiul analizează răspunderea penală a persoanelor care comit infracțiuni în stare de ebrietate gravă, diferențiind ebrietatea simplă de cea patologică. Dificultatea clarificării acestor aspecte rezultă din cercetările incomplete privind influența alcoolului asupra psihicului. Deși alcoolul afectează comportamentul, majoritatea persoanelor în stare de ebrietate își

conștientizează acțiunile și își pot controla reacțiile. Conform art. 24 CP RM [26], beția nu exonerează de răspundere penală, cu excepția cazurilor de ebrietate patologică sau afecțiuni psihice grave. Potrivit art. 23 CP RM [26], persoanele aflate în stare de iresponsabilitate din cauze psihice nu pot fi trase la răspundere penală. Autorul R. Miheev definește iresponsabilitatea ca o afecțiune psihică ce perturbă funcția de reflecție a creierului, ducând la pierderea unei funcții esențiale ale conștiinței - conștientizarea. Astfel, o persoană aflată în stare de iresponsabilitate nu poate fi considerată un subiect activ al infracțiunii, acest fapt este prevăzut de art. 23 CP al RM [26].

Iresponsabilitatea se determină pe baza criteriilor medical și juridic, ambele fiind necesare pentru recunoașterea sa de către instanță, conform expertizei psihiatrice. Criteriul medical presupune existența unei tulburări psihice malade, spre deosebire de stările emoționale intense, care nu exclud responsabilitatea. Bolile cronice precum schizofrenia sunt incurabile, în timp ce tulburările temporare, cum ar fi psihozele alcoolice, sunt tratabile. Alte afecțiuni relevante includ forme severe de psihopatie și tulburările neuropsihice ale toxicomanilor în abțință.

Conform art. 24 din CP al RM [26], persoana care comite o infracțiune sub influența alcoolului nu este exonerată de răspundere penală, cu excepția cazurilor de ebrietate patologică, psihoze alcoolice sau alcoolism asociat cu alienarea mintală, unde responsabilitatea este exclusă din cauza afectării creierului. Potrivit art. 23 din CP al RM [26], o persoană este iresponsabilă penal dacă, din cauza unei afecțiuni psihice grave sau a altor tulburări patologice, nu își poate controla sau înțelege acțiunile în momentul faptei.

Iresponsabilitatea se analizează în raport cu o anumită faptă. Conform art. 23 alin. (2) CP RM [26], dacă o persoană devine iresponsabilă după comiterea infracțiunii, dar înainte de pronunțarea sentinței, aceasta nu poate fi pedepsită. Totuși, instanța poate impune măsuri de constrângere medicală, iar, după vindecare, pedeapsa poate fi aplicată.

În dreptul penal, conceptele de „responsabilitate” și „iresponsabilitate” descriu starea psihologică a individului în momentul comiterii infracțiunii și sunt definite pe baza evaluărilor clinice, având ca principal reper expertiza de psihiatrie judiciară.

Analiza începe din perspectivă medicală. Psihiatrii consideră că ebrietatea simplă nu este o afecțiune psihică și nu justifică iresponsabilitatea. Deoarece ebrietatea simplă și cea patologică au manifestări similare, este necesară o analiză comparativă. Cercetătorii subliniază că, în lipsa simptomelor psihotice specifice (halucinații, automatism, idei delirante), alte semne precum agresivitatea, brutalitatea și amnezia pot apărea în ambele forme de ebrietate, însă cu diferențe

calitative.

Plasarea într-o instituție de adaptare socială se face prin hotărâre judecătorească, iar, dacă există contraindicații, Ministerul Sănătății trebuie să aprobe decizia. Conform art. 103 CP al RM [26], instanța poate dispune măsuri coercitive medicale pentru alcoolici și narcomani, la solicitarea organelor competente, a colectivului de muncă sau a autorităților de protecție a sănătății.

Persoanele dependente de alcool și droguri, sancționate fără privare de libertate, urmează un tratament obligatoriu în unități medicale speciale (art. 103 alin. (2) CP al RM [26]). Dacă sunt condamnate la închisoare, tratamentul se aplică în timpul detenției și poate continua după eliberare, în instituții narcologice, conform art. 103 alin. (3) CP al RM (Fig. 9.1. *Rezultatul sondajului cu privire la pericolul social al persoanelor condamnate*) [26].

Instanța nu stabilește un termen fix pentru tratamentul medical forțat, acesta fiind revocat atunci când dispar motivele care au justificat aplicarea sa. Conform art. 503 CPP al RM [30], încetarea tratamentului este decisă de instanță la recomandarea unității medicale, în funcție de finalizarea tratamentului și de lipsa riscului de recidivă, cauzată de alcoolism.

Dacă o persoană dependentă de alcool comite o infracțiune și cauzează dificultăți financiare familiei, instanța poate dispune o sancțiune fără privare de libertate și instituirea curatelei, la cererea colegilor de muncă sau a familiei. Conform art. 103 alin. (5) CP al RM [26], un dependent de alcool poate fi declarat cu capacitate de exercițiu restrânsă, ceea ce impune supravegherea sa în exercitarea drepturilor și obligațiilor. Curatela poate fi impusă unei persoane dependente de alcool doar dacă aceasta a fost condamnată la o pedeapsă neprivativă de libertate, având rolul de a supraveghea exercitarea drepturilor patrimoniale în interesul familiei. Instituirea curatelei poate fi solicitată de colegii de muncă sau de membrii apropiați ai familiei.

La fel ca și în situația reflectată în art. 103 alin. (1) CC [25], și această reglementare prezintă o lacună, stipulând că numai indivizii care abuzează de alcool pot fi puse sub curatelă. Pentru a asigura coerența cu alte dispoziții legale, în special cu art. 34 din CC [25] și cu legislația referitoare la controlul și prevenirea consumului excesiv de alcool, droguri și alte substanțe psihotrope, ar trebui extinsă sfera persoanelor vizate de această normă, incluzând în această categorie narcomanii și toxicomanii.

Pe lângă clinicile de dezintoxicare, în RM există Centre de dezintoxicare medicală, care oferă asistență persoanelor aflate sub influența alcoolului sau drogurilor. Aceste centre, subordonate Ministerului Sănătății, funcționează conform Legii nr. 713/2001 privind prevenirea consumului abuziv de substanțe. Persoanele intoxicate, care nu necesită îngrijiri urgente, dar

prezintă un pericol, pot fi reținute până la 24 de ore în centrele de dezalcoolizare ale MAI. Instituțiile de reabilitare socială ale Ministerului Justiției tratează dependenții care încalcă ordinea publică sau solicită ajutor voluntar și anonim [37]. Organizarea și supravegherea tratamentului profilactic sunt responsabilitatea serviciului medical din cadrul Departamentului instituțiilor penitenciare al Ministerului Justiției, iar asistența metodică este oferită de unitățile medico-sanitare cu rol curativ și preventiv din subordinea Ministerului Sănătății. Acea instituție îndeplinește următoarele funcții (Fig. 5.1. *Analiza stării infracționalității în domeniul drogurilor pe o perioadă de 12 ani (1998-2020)*):

- a) reabilitarea și dezvoltarea aptitudinilor de muncă ale persoanelor care se află în întreținere și învățarea unor meserii, dacă este necesar;
- b) reducerea persoanelor întreținute în spiritul respectării legilor și drepturilor altora;
- c) consolidarea relațiilor familiale și formarea rezilienței față de influențele negative ale mediului social, precum și educarea autocontrolului;
- d) formarea unor convingeri puternice privind necesitatea tratamentului pentru alcoolism și narcomanie.

Pentru a atinge obiectivele sale, instituția de reabilitare utilizează următoarele metode principale:

1. aplicarea unui set complex de măsuri educaționale și medicale, precum și alte măsuri de curățare;
2. implicarea integrarea pacienților în activități de muncă cu utilitate socială;
3. formarea în domeniul tehnicii profesionale;
4. conformarea cu normele de îngrijire.

În centrele de reintegrare socială, persoanele internate li se acordă asistență medicală, inclusiv tratament curativ și profilactic conform legii. Tratamentul antialcoolic necesită consimțământul pacientului, dar poate fi impus în caz de refuz. Pentru îngrijiri specializate, se colaborează cu instituțiile medicale competente. Tratamentul forțat, chiar și în instituțiile de detenție, nu este întotdeauna eficient, deoarece băuturile alcoolice ajung acolo, iar consumul de alcool devine una dintre principalele încălcări ale regimului.

Unii autori penaliști ruși susțin că atunci când o infracțiune este comisă de un alcoolic sau un narcoman, nu doar corectarea și reeducarea infractorilor devin o problemă, dar și eliminarea cauzelor care duc la infracțiuni, având în vedere că alcoolismul și narcomania sunt frecvent asociate cu comportamente infracționale. De obicei, alcoolicii și narcomanii suferă de tulburări psihice, iar legislația penală permite aplicarea măsurilor de constrângere medicală pentru aceștia.

Persoanele condamnate la pedepse penale care nu implică privarea de libertate sunt, de asemenea, supuse măsurilor de constrângere medicală în instituții cu regim special sau de muncă.

Autorul I. M. Kalașnik consideră că tratamentul forțat al alcoolicilor ar trebui să fie aplicat în următoarele cazuri [272]:

1. lipsa autocontrolului în consumul de alcool;
2. apariția simptomelor precum tremurul degetelor, lipsa poftei de mâncare, insomnie, stare proastă de dispoziție, degradarea fizică, schimbări în comportament în familie și la locul de muncă etc.

Legislația penală a RM permite impunerea tratamentului medical forțat pentru alcoolici și narcomani, conform art. 104 CP RM [26]. Dacă un astfel de individ comite o infracțiune și există un aviz medical, instanța poate dispune tratamentul la solicitarea unei organizații, a colectivului de muncă, a autorităților de sănătate sau din oficiu. Cei sancționați, fără privare de libertate, vor urma tratament în unități medicale speciale.

Dacă o persoană dependentă de alcool comite o infracțiune și afectează situația materială a familiei, instanța poate institui curatela, pe lângă pedeapsa neprivativă de libertate, la solicitarea organizațiilor sau a colectivului de muncă. După evaluarea medicală, instanța poate dispune măsuri coercitive de tratament. În centrele de reeducare prin muncă, dependenții beneficiază de tratament specializat. Deși tratamentul nu este administrat forțat, majoritatea pacienților îl urmează voluntar pentru a avea șansa eliberării condiționate. Refuzul tratamentului poate duce la sancțiuni și prelungirea măsurii. Tratamentul dependenților de alcool este esențial, dar lipsa medicamentelor eficiente și dificultățile economice îngreunează procesul. Pentru tinerii alcoolici, izolarea strictă în colonii poate preveni accesul la alcool și surogate [81].

Pentru a combate introducerea ilegală a băuturilor alcoolice și a narcoticelor în colonii, în 1987, CP al RM [26] a fost modificat prin adăugarea art. 2004 care stabilește o sancțiune de maximum 2 ani de închisoare sau muncă în scop corecțional.

Persoanele supuse tratamentului forțat pentru alcoolism, narcomanie sau toxicomanie, conform art. 241 alin. (3) CP RM [26], nu pot beneficia de suspendarea executării pedepsei și obligarea la muncă. Această restricție se aplică și celor care nu au finalizat tratamentul pentru o boală venerică.

Conform Decretului Președintelui RM din 14 iunie 1991, amnistia nu se aplică, persoanelor care nu au finalizat un tratament complet pentru alcoolism, narcomanie sau boli venerice. Aceleași reguli trebuie să se aplice și în toate cazurile de revocare a pedepsei penale, conform legislației în vigoare (art. 48-52 al CP RM [26]).

Persoanele dependente de alcool, sancționate cu pedepse fără privare de libertate și supuse tratamentului forțat, pot urma acest tratament în unități specializate conform Legii RM din 7 februarie 1991. Tratamentele se desfășoară voluntar, fie ambulatoriu, fie prin internare, în instituțiile medico-sanitare ale Ministerului Sănătății.

Art. 5 prevede că persoanele care renunță la tratamentul voluntar și recidivează vor fi internate obligatoriu timp de 4 luni sub supravegherea autorităților sanitare și poliției. Cei cu alcoolism cronic sau toxicomanie, care perturbă ordinea publică, vor urma un program educațional și tratament voluntar în centre MAI, pentru 6 luni - 1 an la prima abatere și până la 2 ani în caz de recidivă. Instanța poate limita drepturile acestora odată cu măsura reabilitării.

Art. 6: Durata tratamentului obligatoriu poate fi redusă pentru bolnavii care respectă tratamentele și adoptă un comportament sobru, pe baza raportului comisiei medicale.

Art. 12: Perioada în instituția de reabilitare socială începe la sosirea bolnavului, excluzând timpul în care acesta lipsește fără motiv.

Art. 15: Bolnavii tratați benevol trebuie să se înregistreze la clinicile de dezintoxicare locale și să continue tratamentul de întreținere conform reglementărilor Ministerului Sănătății.

Detaliile și explicațiile acestei legi sunt reglementate prin ordinul nr. 216 din 5 iulie 1991 al MAI al RM, „*Privind informarea asupra actelor normative ce reglementează activitatea instituțiilor de reabilitare socială ale organelor de interne ale RM*”.

Exemple de infracțiuni comise sub influența alcoolului:

Constantin D., 20 de ani, a fost exmatriculat pentru absențe și încălcări disciplinare, continuând să vină la cămin beat. A agresat fetele din cămin, fiind condamnat la 3 ani de închisoare pentru huliganism agravat.

Vsevolod B., alcoolic cronic, a bătut-o pe soția sa, iar într-o stare de ebrietate a atacat-o cu un cuțit, provocându-i leziuni grave.

Judecata l-a condamnat pe B. la 4 ani de închisoare într-o colonie cu regim sever pentru leziuni grave, aduse soției sale. Expertiza psihiatrică l-a considerat responsabil și a dispus tratament forțat pentru alcoolism.

Ion S., în stare de delir alcoolic, a provocat un accident mortal, fiind recunoscut iresponsabil de expertiza judiciară și tratat forțat pentru alcoolism. Tratamentul obligatoriu are o mare valoare preventivă, având în vedere că alcoolismul este implicat în comiterea a numeroase infracțiuni grave.

3.3. „Mecanisme psihice” în cadrul normalității și patologiei

Analiza personalității umane în raport cu normalitatea și patologia implică atât aspecte

cantitative, cât și calitative, evidențiind continuitatea și discontinuitatea proceselor psihice. Freud subliniază legătura dintre fenomenele normale și patologice, accentuând continuitatea acestora.

Nu există o delimitare clară între normalitate și patologie, iar stabilirea unui criteriu precis este dificilă. Normalitatea este un concept relativ, determinat de variațiile unui continuum bipolar în timp. În plan somatic, aceasta poate fi definită mai clar, în timp ce în domeniul psihic, variabilitatea ridicată complică aprecierea sa [127, p.78].

Psihiopatologia modernă folosește criteriul statistic și cel social pentru a diferenția normalul de patologic. Potrivit criteriului statistic anomaliile sunt variații cantitative ale normalității, dar are aplicabilitate limitată la nivel individual. Criteriul social consideră anomaliile variații calitative, delimitarea fiind influențată mai mult de factori sociali decât de date statistice [377].

Psihiatrul sihiatrul Alfred introduce conceptul de „*ficțiune orientativă*” ca principiu metodologic și mecanism de compensare a sentimentului de inferioritate. În nevroză, această ficțiune ghidează comportamentul individului ca un scop imaginar. Adler consideră boala psihică o „*realitate fictivă*” creată pentru protecție, dar face distincție între nevroză, psihoză și „*ficțiunea directoare*”, aceasta din urmă având un rol adaptiv [A. Adler, 1970, p. 192].

Inconștientul se manifestă sub forme complexe, iar bolile simulate devin o mască de protecție, ascunzând aspecte profunde ale individului. Aceste mecanisme, bazate pe iluzia de a „*fi*” sau „*acționa ca și cum*”, reflectă nevoia de a adopta o identitate falsă. Nevroticul intră în conflict cu un „*alt Eu*” care îl domină, influențându-i conștiința de sine și distorsionându-i percepția asupra propriei identități și istorii de viață [377].

Personalitatea psihastenică se definește prin scrupulozitate, inhibiție afectivă și dificultate în luarea deciziilor. Acești indivizi sunt introspectivi, meticuloși, gândesc rigid și lent, având un moralism strict și o tendință spre abstractizare excesivă.

1. Caracterul anal (*Freud*) - este un tip patologic definit de reacții orientate spre pulsunile anale, manifestându-se prin economie, ordine strictă, punctualitate exagerată și rigiditate comportamentală.

2. Personalitatea anancastică (*Schneider*) - combină trăsături obsesionale cu caracter anal, incluzând pedanterie, corectitudine excesivă și minuțiozitate - toate însoțite de neliniște interioară, obsesii, ritualuri și îndoieli persistente.

„*Caracterele nevrotice*” sunt echivalente cu ceea ce psihanaliza desemnează drept personalități nevrotice. Spre deosebire de nevroză, aceste caractere nu sunt asociate cu simptome specifice, ci cu existența izolată a unor „*mecanisme de apărare caracteriale*”. Aceste mecanisme

funcționează ca o „carapace” protectoare pentru individ, influențând stilul său comportamental distinctiv.

Trăsăturile de caracter funcționează ca mecanisme de apărare, fie preventive, fie reacionale, reprezentând răspunsuri constante la conflicte interne sau externe. Acestea formează o rețea de pulsuni, sublimări și formații reacționale, asigurând coerența comportamentală.

În tipologia nevroticilor, criteriul principal este dezvoltarea libidinală, marcând fixațiile obsesive și mecanismele stereotipe de apărare ale Eului în gestionarea conflictelor intrapsihice [366]:

1. *Tipul oral* – asociat personalităților isterice, caracterizate prin trăsături pasive și o dependență afectivă pronunțată. Acest tip de personalitate histrionică este mai strâns legat de conflictul oedipian.

2. *Tipul anal* – corespunde personalităților psihastenice-obsesionale, având legături cu fixațiile din stadiul anal al dezvoltării.

3. *Tipul falic-narcisic* – derivă din formațiile reacționale, asociate cu teama de castrare și fixația în stadiul falic al dezvoltării, caracterizat printr-o idealizare a penisului.

4. *Tipul masochist moral* – reunește înclinații autodistructive și comportamentele de eșec, reflectând o culpabilitate inconștientă generată de conflictul oedipian.

Personalitățile de tip isteric și cele dependente. P. Janet asociază patologia isterică cu un tip mitomaniac, în timp ce K. Schneider descrie personalitățile isterice ca psihopați caracterizați printr-o nevoie accentuată de a se evidenția și a se pune în valoare.

Personalitățile de tip isteric și cele dependente. P. Janet asociază patologia isterică cu un tip mitomaniac, în timp ce K. Schneider descrie personalitățile isterice ca psihopați caracterizați printr-o nevoie accentuată de a se evidenția și a se pune în valoare.

Personalitatea isterică, frecvent analizată în cazul femeilor, se distinge prin următoarele trăsături psihopatologice [366]:

- | | |
|---|---|
| 1). histrionism și o ușurință în manifestarea afectelor; | 4) sugestibilitate crescută și tendințe mitomaniace; |
| 2) un model de gândire centrat pe imaginație, mai degrabă decât pe rațiune; | 5) dependență afectivă față de ceilalți; |
| 3) reactivitate emoțională intensă, manifestată prin hiperemotivitate și impulsivitate; | 6) tulburări ale dinamicii sexuale, incluzând frigiditate, indiferență sau dezgust, observabile și în cazul personalităților de tip isteric la bărbați. |

Th. Lemperiere identifică două forme distincte ale personalității [366]:

a) *Bărbatul histrion*. Acesta se remarcă prin abilități actoricești și tendința de a se confunda cu stereotipurile asociate sexului său. Caracterizat de histrionism, acest tip de personalitate prezintă un dezechilibru psihic evident, marcat de instabilitate, o viață parazitară, implicarea în afaceri frauduloase, simptome de astenie, diverse tipuri de dureri (*atât în ceea ce privește localizarea, cât și intensitatea*), precum și manifestări deficitare.

b) *Bărbatul pasiv-dependent*. Acesta este un individ imatur, care întâmpină dificultăți în controlul emoțiilor. Se caracterizează prin inhibiție în context social și lipsa de aptitudine pentru a participa în acțiuni competitive.

În cadrul grupului de personalități patologice analizate, pot fi identificate următoarele tipuri:

Personalitatea histrionică. Această tipologie este caracterizată printr-un comportament perceput de ceilalți ca fiind superficial și lipsit de autenticitate, în ciuda aparenței de căldură și farmec personal. Persoanele cu acest tip de personalitate sunt egocentrice, preocupate excesiv de propria persoană, adesea indiferente față de ceilalți. Se manifestă prin vanitate, exigență, dependență, slăbiciune, neliniște, precum și prin tendința de a recurge la amenințări, gesturi sau tentative de suicid ca mijloace de manipulare pentru a obține avantaje personale.

Personalitatea dependentă. Acest tip de personalitate este marcat de incapacitatea de a fi autonom și tendința de a se baza pe ajutorul altor persoane. Persoanele dependente evită asumarea responsabilității și își caută siguranța în relațiile cu ceilalți. Ele manifestă o lipsă pronunțată de încredere în sine și un sentiment accentuat de teamă de a fi abandonate.

Personalitatea pasivă-agresivă. Persoanele pasive-agresive întâmpină dificultăți în adaptarea profesională și socială, manifestând rezistență, încăpățănare, pierdere deliberată de timp și ineficiență intenționată. Aceste comportamente conduc la o ineficiență persistentă, indiferent de condițiile externe. Personalitatea paranoică se caracterizează printr-o hipertrofie a Eului, având trăsături psihopatologice specifice [366]:

1. *Egocentrismul exagerat*. Aceasta implică o hipertrofie a Eului, care duce la dezvoltarea unui orgoliu accentuat și la sentimente de superioritate față de ceilalți.

2. *Neîncrederea și suspiciunea ostilă*. Persoanele cu acest tip de personalitate prezintă o dispoziție incertă, manifestată printr-o lipsă de încredere, tendința de a suspecta intenții ostile din partea celor din jur și interpretări răuvoitoare ale comportamentului altora.

3. *Falsitatea judecății*. Aceasta se manifestă prin paralogisme ireductibile – raționamente greșite, dar imposibil de corectat, care stau la baza interpretărilor eronate. Aceste interpretări constituie premisele dezvoltării unui sistem de gândire delirant, cu tematici bine conturate

precum idei de persecuție, grandoare sau alte teme specifice, având caracteristicile corespunzătoare acestor tipare.

E. Kretschmer a evidențiat câteva trăsături psihopatologice specifice ale tipurilor de personalitate paranoidă [366]:

Personalitatea paranoidă combativă este asociată cu tipul de personalitate virulentă, descris de E. Kraepelin și cu personalitatea paranoică din psihiatria franceză. Din perspectivă psihopatologică, acest tip se remarcă prin tendințe virulente și fanatice, care domină comportamentul.

Personalitatea paranoidă submisivă corespunde tipului de personalitate fanatică ternă, așa cum a fost descrisă de K. Schneider. Caracteristicile sale psihopatologice includ:

1. lupta pentru o idee sau un ideal;
2. originalitatea;
3. tendința spre izolare.

Personalitatea senzitivă prezintă diferențe semnificative față de celelalte tipuri. Acest tip de personalitate este definit de o profundă sensibilitate emoțională. Persoanele cu o astfel de personalitate sunt impresionate intens de experiențele trăite, pe care le procesează profund și îndelung, fără a exterioriza sau a permite accesul altora la această procesare internă.

Personalitățile psihastenic-obsesionale (*compulsive*) includ următoarele trăsături psihopatologice:

1. *Personalitatea obsesională (compulsivă):*

a) Acești indivizi manifestă o tendință accentuată de a verifica repetat orice detaliu și de a-și ritualiza activitățile cotidiene.

b) Sunt caracterizați de o îndoială constantă și de o preocupare obsesivă pentru propriile idei.

c) Conduitele și acțiunile lor sunt marcate de contradicții.

d) Gândirea lor este adesea influențată de un tip de funcționare „magică”, ceea ce le afectează raționalitatea.

2. *Personalitatea psihastenică:*

a) Acest tip de personalitate este definit de o tendință spre scrupulozitate extremă și inhibiție afectivă.

b) Deciziile legate de aspecte concrete sau realități cotidiene implică un efort psihologic semnificativ, care este resimțit ca fiind apăsător.

c) Persoanele psihastenice sunt introspective, meticuloase, lente și foarte serioase, prezentând o rigiditate morală și o abstractizare riguroasă.

d) Orice acțiune necesită din partea lor un efort intens și disconfort psihic semnificativ.

3. *Caracterul anal (descriș de S. Freud):*

a) Este un tip patologic de personalitate, rezultat din formațiile reacționale orientate spre pulsuniile anale.

b) Se caracterizează printr-o combinație de economie, ordine excesivă, punctualitate exagerată, încăpățănare și rigiditate automată.

4. *Personalitatea anancastică (descrișă de K. Schneider):*

a) Reprezintă o combinație între trăsăturile personalității obsesionale și caracteristicile analului.

b) Persoanele anancastice sunt excesiv de atente la detalii, îngrijite, pedante și corecte, având un comportament minuțios pe fondul unei neliniști interioare constante.

c) De asemenea, manifestă obsesiuni, ritualuri, îndoieli permanente și constrângeri interne, care le complică semnificativ viața cotidiană.

Personalitățile psihopatice se disting prin anomalii de caracter și comportament, incluzând tendințe antisociale, impulsivitate și instabilitate afectivă și socio-profesională. Psihopatologic, acestea au trăsături specifice, diferite de nevroze și psihoze.

În categoria personalităților anormale se regăsesc personalitățile psihopatice, sociopatice și antisociale. Aceste tipuri de personalități se remarcă printr-un caracter psihopatologic eterogen, determinat de natura lor dezzechilibrată și comportamentul antisocial. Caracteristicile psihopatologice includ [366]:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. impulsivitate; | misterioase sau tulburări de conduită |
| 2. agresivitate; | sexuală; |
| 3. infectivitate aparentă; | 5. tulburări de dispoziție afectivă, cu |
| 4. lipsa anxietății, alături de alte | episoade disforice de scurtă durată. |

manifestări precum trăsături de caracter

În cadrul acestui grup se evidențiază și sociopatiile, definite prin predominanța manifestărilor antisociale. Ele sunt descrise astfel:

a) tulburare de personalitate caracterizată prin ignorarea obligațiilor sociale, lipsa de atașament față de ceilalți, violență impulsivă și o insensibilitate rece;

b) comportamentul acestor indivizi demonstrează o mare indiferență față de normele sociale acceptate, iar sancțiunile aplicate au un efect minim sau inexistent asupra conduitei lor;

c) acțiunile lor sunt lipsite de afectivitate și reflexivitate, iar aceștia tolerează cu dificultate situațiile frustrante, proiectând propriile conflicte asupra altora și intrând frecvent în conflict cu

societatea.

5. Personalitățile limită (*borderline*) sunt descrise din trei perspective și au fost prezentate de Hugues (1884), care le plasează „*la granița nebuniei*”:

1. În psihiatrie, „*starea limită*” desemnează un grup situat între schizofrenie, dezechilibru mintal și nevroze, incluzând atât dependența familială sau socială cu inadaptare pasivă, cât și inadaptarea activă, caracterizată prin conflicte, comportamente deviate și acte antisociale.

2. În psihanaliză, unele tulburări aparent nevrotice sau caracteriale pot ascunde simptome psihotice, relevate în terapie. Psihopatologic, „*stările limită*” sunt o entitate distinctă, situată între nevroze și psihoze.

Examinând din perspectiva psihopatologică, „*stările limită*” se caracterizează printr-o mare diversitate, fiind asociate cu simptome precum angoasa, instabilitatea și impulsivitatea, specific nevrozelor, precum și cu sindromul depresiv.

Personalitățile imature și deficitare sunt caracterizate de modele de personalitate anormale ce reflectă diferite grade sau niveluri de dezvoltare psihică insuficientă. Trăsătura definitorie a acestora este „*starea de deficiență*” globală a personalității acestor indivizi. Această deficiență poate manifesta următoarele aspecte:

1. *Deficiența intelectuală* – afectează diverse aspecte ale intelectului, cum ar fi gândirea, memoria, limbajul, fiind prezentă într-o formă mai profundă sau intensă.

2. *Deficiența afectivă* – se referă la imaturitatea emoțională, la imposibilitatea persoanei de a gestiona și a controla relațiile emoționale, la lipsa autocontrolului, la participarea emoțională insuficientă sau la o indiferență afectivă, precum și la intensitatea și durata reacțiilor emoționale.

3. *Deficiența de comunicare* – se referă la incapacitatea de a stabili relații interpersonale și de a comunica eficient. Aceasta poate reflecta fie o „*deschidere spre lume*”, fie o „*închidere patologică în sine*”, manifestându-se prin imposibilitatea de a comunica sau refuzul acestui act.

Tipurile de deficiență de comunicare sunt:

a) *periferică* – legată de tulburări ale analizatorilor, cum ar fi cele auditive sau vizuale;

b) *centrală* – care presupune tulburări ale funcțiilor cerebrale simbolice, cum ar fi afazia, apraxia sau agnozia;

c) *globală* – care se referă la o tulburare generală a dezvoltării și evoluției personalității, întâlnită frecvent în cazul autismului.

Lipsa de adaptare și integrare socială se referă la abilitatea unei persoane de a se ajusta la diferite situații din viața sa sau de a se încadra în contextul social. Această deficiență este determinată de o „*imaturizare a Eului personal*”, cauzată de deficiențe în educație, influențe

negative din partea modelelor din jur, frustrări, conflicte emoționale, traume din perioada copilăriei, etc.

Personalitățile deteriorate includ tipuri de personalități anormale, caracterizate printr-o degradare progresivă și ireversibilă a întregii structuri a personalității, cauzată de evoluția unor procese psihopatologice grave, care afectează o personalitate deja complet structurată din punct de vedere psihic. Această deteriorare este specifică proceselor patologice ce se manifestă în cazul demențelor și cuprinde mai multe niveluri ale comportamentului și structurilor dinamice ale aparatului psihic [366]:

a) nivelul intelectual afectează gândirea, memoria, procesele de exprimare și mecanismele cerebrale de tip instrumental-simbolic;

b) nivelul afectiv se referă la reacțiile emoționale și afective ale individului;

c) nivelul instinctual implică regimul instinctelor, nevoile, pulsunile, motivația, orientarea vieții instinctuale, precum și reprimarea și controlul acestora;

d) nivelul comportamental afectează orientarea temporal-spațială, auto-psihică, motivația comportamentală, inițiativa și finalizarea acțiunilor, manifestându-se prin reacții de opoziție, inactivitate, inerție și dezorganizarea comportamentului;

e) nivelul social se manifestă prin tendințe de fugă și vagabondaj, dezorientare temporală spațială, colecționism absurd, acte delictuale absurde, cleptomanie, etc.

Psihiatrul Carl Gustav Jung a introdus în psihanaliză conceptele de introversiune și extraversiune, evidențiind diferențele dintre persoanele orientate spre lumea exterioară și cele axate pe propria percepție. Introvertitul este reflexiv și defensiv, iar extravertitul-deschis și adaptabil. Jung definește introversia ca orientare spre lumea interioară, iar extraversia ca interes pentru exterior. Pe această bază, Katharine Briggs și Isabel Myers-Briggs au dezvoltat un indicator tipologic în anii '60, adăugând preferința pentru funcții psihologice, oferind o abordare mai complexă a personalității.

Eysenck, bazându-se pe teoria lui Jung și analiza lui Cattell, a propus un model al personalității cu trei factori: psihotism, extraversie și nevrotism, legați de activitatea cerebrală. Extraversia include vioiciune, impulsivitate și sociabilitate, iar introversia este opusul acestora. Teoria sa evidențiază continuitatea dintre personalitatea normală și cea patologică. În 1990, John, prin modelul Big-Five, a asociat polul negativ al extraversiei cu trăsăturile introversiei [377].

Conceptul de personalitate accentuată a fost introdus de Karl Leonhard în lucrarea sa *“Personalități accentuate”* (1972/1979) și se referă la trăsături care se manifestă cu o intensitate peste medie. Aceste caracteristici se reflectă clar în comportament, contribuind astfel la expresia

individualității persoanei.

Personalitățile accentuate nu sunt neapărat patologice, termenul „*accentuat*” referindu-se la trăsături „*pronunțate*” sau „*pregnante*”, acestea însă nu reprezintă o formă de anormalitate. La un nivel intermediar, normalitatea se manifestă prin comportamente obișnuite, în timp ce personalitățile accentuate ar putea fi percepute ca deviate. Totuși, o astfel de personalitate, care se distinge prin specificul său individual, nu trebuie exclusă din categoria normalului. Psihiatrul german K. Leonhard afirma că: „*Amprenta propriei individualități este o caracteristică esențială pentru o personalitate puternică.*”

Trăsăturile accentuate ale personalității sunt caracteristici care determină persoana să se îndepărteze de limitele normalității, plasând-o într-o zonă de „*trecere*” între inadaptare și adaptare. Aceste trăsături nu sunt neapărat nevrotice sau psihopatice, dar tind să se intensifice în condiții de viață nefavorabile, fără a duce însă la consecințe psihopatologice grave. În realitate, ele sunt mult mai rare decât variațiile lor [377].

În 1942, Helene Deutsch a descris personalitatea „*ca și cum*” prin lipsa autenticității și imitarea comportamentelor în locul unor acțiuni reale. Aceasta derivă din insuficiența afectivă în copilărie, influențând dezvoltarea emoțională și formarea supra-eului. Persoanele cu acest tip de personalitate au un Eu slab, conflicte superficiale și se adaptează prin supunere și identificare. Deși nu sunt psihotice, pot ascunde tulburări grave, manifestând un „*vid afectiv și moral*” și un „*nucleu schizofreniform*”.

Personalitatea „ca și cum” este lipsită de caracter, moralitate și principii, adoptând convingeri și idealuri influențate de opiniile altora. Aceste persoane se atașează ușor de grupuri religioase, etice sau sociale, încercând să-și umple vidul interior prin identificare. Entuziasmul lor pentru o viziune poate fi rapid înlocuit de alta, fără o schimbare reală, ci doar prin adaptarea la un nou mediu social [377].

Personalitatea falsă presupune o anumită simetrie între tipologia personalității și structura Eului. Aceasta se manifestă printr-o „*realitate*” psihică ce poate fi valabilă și echivalentă cu cealaltă stare. Personalitatea falsă reprezintă o presiune asupra Eului, combinând trăsături de apărare. Acest „*Sine fals*”, conform lui Donald Woods Winnicott, este esențial în psihologia Eului, fiind o apărare împotriva amenințărilor interne și externe. Sinele fals acționează ca o mască ce protejează Sinele adevărat de influențele externe, reprezentând partea socializată a individului. În formele sale rigide, poate varia de la adaptare normală la manifestări patologice. În cazurile normale, permite integrarea socială, dar cu o anumită rezervă. Recuperarea psihică facilitează descoperirea Sinelui autentic, iar Sinele fals poate ajuta la obținerea unui statut social,

substituind procesele psihice primare pentru a face față normelor sociale [377].

Similar cu conceptul de „*ca și cum*”, și „*Sinele fals*” a dus la apariția unei entități noi, numită nosografică, care se referă la o condiție de graniță. Din acest motiv, numeroase persoane cu „*personalitate falsă*” sunt identificate cu tulburarea de personalitate borderline. [Chabert et al, 1999, conform lui F. Couchard, 2001, p. 20]. În plus, Eul fals este frecvent asociat sau confundat cu trăsăturile narcisiste. Winnicott susține că narcisismul patologic maschează adevărata identitate a individului, care în realitate este. Astfel, Sinele adevărat rămâne mascat și ascuns [Winnicott, 1974, p. 97].

Personalitatea narcisistă, cunoscută și sub denumirea de narcisism, se referă la diverse forme și moduri prin care o persoană se iubește pe sine. Narcisismul se manifestă atunci când individul are o iubire exagerată față de propria persoană, comportându-se cu ea la fel cum ar face-o față de o ființă iubită. Conform mitului grec, Narcis era îndrăgostit de propria sa imagine, iar aceasta reprezintă esența narcisismului. Această stare subiectivă este instabilă și fragilă, iar noțiunile de ideal și Eu ideal se bazează pe conceptul de narcisism.

Personalitatea narcisistă prezintă o structură bipolară, explicată de Otto Rank prin relația cu dublul și de Lacan prin imaginea speculară. Această organizare se bazează pe mecanismul clivajului și are două aspecte opuse, asemănătoare cu „Janus bifrons”: un narcisism sănătos, ce susține iubirea de sine și echilibrul psihic, și un narcisism defensiv, cu efecte negative asupra sănătății mintale.

Conform CIM-10 (F60.8), personalitatea narcisică implică o autoevaluare exagerată, intoleranță la critici și o nevoie constantă de admirație. Orice remarcă negativă poate provoca o „*rană narcisică*”, afectând profund imaginea de sine. Persoana narcisistă manifestă superioritate, aroganță și lipsă de empatie, uneori dezvoltând delir de grandoare. Aceasta poate prezenta trăsături antisociale, prin supraestimarea propriilor capacități, și borderline, prin convingerea fermă în propria valoare, considerându-i pe ceilalți simple instrumente pentru auto-validare [377].

Personalitatea multiplă, cunoscută și sub denumirile de „*tulburare de identitate disociativă*”, „*sindrom de personalitate dublă sau multiplă*” sau „*personalități alternante*”, se referă la un „*clivaj al Eului*” sau o „*diviziune subiectivă*”. Aceste fenomene disociative, cu un aspect impresionant în cazul sindromului personalității multiple, reprezintă un domeniu amplu și complex de cercetare, subliniind fragmentarea identității umane. Separarea psihică poate surveni la orice persoană considerată „*normală*”, manifestându-se într-o formă mai mică sau mai mare de disociere, care se situează pe un continuum, iar atunci când devine mai pronunțată, este

considerată o tulburare disociativă de identitate, conform literaturii de specialitate actuale.

Tema personalității multiple a fost interpretată distinct în funcție de cultură. În societatea nord-americană, influențată puternic de monism, începutul anilor '80 a fost marcat de o adevărată „explozie” a cazurilor de personalitate multiplă. Datele statistice indică faptul că, în 1972, personalitatea multiplă era percepută ca o simplă „curiozitate”, însă până în 1992 acest fenomen s-a extins considerabil în domeniul clinic, ajungând la peste 6000 de cazuri documentate. În schimb, în cultura clinică francofonă, inclusiv în varianta sa „lacaniană”, care sublinia „*diviziunea structurală a subiectului*”, abordarea tulburărilor disociative nu a avut aceeași amploare. În această cultură, abordarea a fost mai descriptivă și s-a diferențiat de procesul esențial din schizofrenie (*Spaltung*), prezentate de Bleuler în 1911. Aceste tulburări sunt corelate cu dezvoltarea culturală a isteriei și sunt legate de evoluția culturală a isteriei.

În tulburarea disociativă de identitate, conform manualelor actuale de psihiatrie, cum ar fi DSM-IV, se includ modificări ale percepției mediului înconjurător, memoriei, conștiinței și identității, fiind considerată o „*tulburare disociativă a funcțiilor normal integrate*”. O altă formă de tulburare disociativă este conversiunea, conform unor autori precum C. Chabert, care presupune o schimbare psihologică profundă [C. Chabert, 1998, p. 42-43]. Aceasta poate fi împărțită în două tipuri de schimbări: schimbarea imediată și schimbarea indirectă, după cum sugerează Laurens [Laurens, 2002, p. 77].

Convertirea nu poate avea loc fără un conflict, iar conformismul, oportunismul și credința sunt printre principalele motive care duc la această schimbare. Nietzsche, în scrierile sale, discută despre „*conceptul individului fals*” [377].

3.4. Aspecte procesuale-penale referitoare la expertiza psihologică și psihiatrică pentru stabilirea iresponsabilității și a stărilor adiacente

3.4.1. Considerații procesuale-penale generale privind expertiza psihologică-judiciară și psihiatrică

CP al RM [26], în art. 143, prevede efectuarea expertizei medico-legale. Aceasta se realizează conform cerințelor stabilite de CPP al RM [30].

Există mai multe tipuri de expertiză psihologică judiciară, după cum urmează:

1. expertiza realizată de o singură persoană;
2. expertiza realizată în comisie.

Expertiza realizată de o persoană este efectuată de un specialist din domeniu, în timp ce expertiza în comisie este realizată de mai mulți specialiști din același domeniu. De asemenea,

există:

1. expertiza principală;
2. expertiza adițională.

Expertiza principală este cerută pentru clarificarea întrebărilor adresate specialistului, iar expertiza suplimentară este comandată atunci când concluziile expertizei de bază sunt incomplete, vagi sau există îndoieli privind corectitudinea acestora.

1. Expertiza primară;
2. Expertiza repetată.

Expertiza primară este efectuată inițial, în legătură cu cauza și subiectul respectiv. Expertiza repetată este realizată de mai multe ori, în situația în care există îndoieli cu privire la concluziile anterioare.

1. Expertiza monospecializată;
2. Expertiza complexă.

Expertiza monospecializată este efectuată de un specialist într-un anumit domeniu, în timp ce expertiza complexă implică un grup de experți din diverse domenii, precum un medic și psiholog.

Expertiza psihologică judiciară este efectuată de ofițerul de urmărire penală, pe baza unei ordonanțe întocmite conform prevederilor CPP al RM [26], emisă de procuror sau, după caz, de către instanța de judecată, care va determina și structura acesteia.

Expertiza psihologică judiciară poate fi solicitată obligatoriu în situații precum retardul, de ex. un minor delicvent care a comis o infracțiune. În astfel de situații, expertiza psihologică judiciară este recomandată să fie ordonată doar după realizarea expertizei psihiatrice judiciare, care vizează: analiza abaterilor de la dezvoltarea psihică normală;

1. Evaluarea influenței tulburărilor psihice asupra capacității subiectului de a înțelege faptele comise și examinarea capacității acestuia de a-și controla propriile acțiuni;
2. Stabilirea capacității de a înțelege corect circumstanțele relevante pentru cazul respectiv și de a furniza declarații corecte în legătură cu acestea.

În RM, asistența psihiatrică și expertiza psihiatrică sunt deficitare, statul neasigurând îngrijirea adecvată pentru adulții cu retard mental sever și demență. În Chișinău, nu există un azil specializat, iar reabilitarea medico-socială a pacienților psihiatrici nu este susținută de stat. Implementarea legislației internaționale privind sănătatea mintală este insuficientă, iar majoritatea pacienților din instituțiile psihiatrice nu au acces la informații despre drepturile lor. De multe ori, aceștia sunt menținuți în spitale din lipsa unui suport social comunitar, iar drepturile lor pot fi restricționate prin supraveghere și internare, doar pe baza diagnosticului psihiatric.

Restricționarea activităților profesionale pentru persoanele cu tulburări psihice nu are o

bază clară clinică sau juridică, iar termenul de interdicție de până la 5 ani nu este definit precis. Nu există o listă oficială de contraindicații medico-psihiatrice care să poată fi contestată în instanță. Poliția solicită frecvent date despre pacienții instituțiilor psihiatrice, iar aceștia nu sunt informați corespunzător despre starea și drepturile lor. De asemenea, nu există posibilitatea unei expertize psihiatrice alternative, deoarece expertiza legală este centralizată într-o singură instituție de stat. Conform Legii privind sănătatea mintală, statul garantează anumite forme de asistență socială:

- a) sprijin pentru integrarea persoanelor cu tulburări psihice pe piața muncii;
- b) asistență psihiatrică la domiciliu și în instituții, incluzând atât servicii extra-spitalicești, cât și staționare;
- c) organizarea instruirii profesionale și generale pentru minorii cu tulburări psihice;
- d) crearea de sectoare speciale și condiții de muncă favorabile pentru persoanele cu tulburări psihice, inclusiv întreprinderi curative pentru terapie prin muncă;
- e) stabilirea de cote obligatorii de locuri de muncă în întreprinderi, instituții și organizații pentru persoanele afectate;
- f) stimularea economică a celor care oferă locuri de muncă acestor persoane;
- g) deschiderea de internate pentru persoanele care au pierdut relațiile sociale;
- h) măsuri suplimentare de sprijin social pentru persoanele cu tulburări psihice grave.

Persoanele cu tulburări psihice pot fi declarate incapabile de a desfășura anumite activități profesionale pentru maximum 5 ani, cu posibilitatea de reexaminare. Lista de contraindicații medico-psihiatrice este revizuită periodic și poate fi contestată în instanță. 70% dintre persoanele cu probleme psihice sunt apte pentru muncă, însă în RM singura formă de „recuperare socială” este evaluarea gradului de invaliditate de către comisiile de expertiză a vitalității în psihiatrie.

Expertiza privind constatarea iresponsabilității este esențială în cercetarea faptelor socialmente periculoase, comise de persoanele care urmează să fie considerate iresponsabile. Conform art. 143 din CPP RM [30], expertiza psihiatrico-judiciară este obligatorie pentru stabilirea stării psihice și fizice a persoanei implicate, fiind necesară în cazurile în care există îndoieli legate de responsabilitatea acesteia.

Expertiza psihiatrică urmărește evaluarea stării psihice a inculpatului la momentul faptei și stabilirea unei eventuale legături cu tulburări psihice. De asemenea, analizează dacă acesta conștientiza consecințele acțiunilor sale. În plus, expertiza poate verifica starea psihică și fizică a martorilor și victimelor, atunci când există dubii privind capacitatea lor de a percepe corect

faptele și de a oferi declarații obiective, conform art. 142 CPP RM [30]. Expertiza este solicitată atunci când se impun cunoștințe specializate pentru a stabili circumstanțele relevante într-un proces penal, fiind cerută de părți, forțele de ordine penală în cadrul procesului penal sau instanța de judecată, chiar și din oficiu de autoritățile judiciare.

Expertiza medico-legală psihiatrică, asemenea altor tipuri de expertize, se efectuează conform reglementărilor din CPP al RM [30]. Forțele de ordine penală, în cadrul procesului penal sau instanța de judecată care solicită realizarea unei expertize, are responsabilitatea de a stabili obiectivele acesteia și a formula întrebările ce necesită răspuns. De asemenea, trebuie să specifice termenul în care lucrarea urmează să fie finalizată [355].

Conform art. 144 din CPP RM [30], judecătoria prin decizie, și organul de cercetare, penală, prin dispoziție, stabilesc realizarea expertizei privind următoarele aspecte [30]:

- | | |
|--|--|
| a) numele persoanei care a dispus expertiza; | e efectuarea expertizei; |
| b) motivele pentru care se solicită expertiza; | c) întrebările formulate de expert; |
| | d) instituția care a realizat expertiza. |

Conform art. 145 alin. (2) din CPP RM [30], părțile au dreptul să solicite numirea unui expert desemnat de fiecare dintre părți pentru a contribui la realizarea expertizei. Legislația menționează doar temeiurile generale necesare pentru numirea expertizei, fără a putea cuprinde întreaga diversitate a acestora.

Expertul, desemnat conform CPP RM [30], trebuie să fie imparțial și fără interese în cauza penală, realizând cercetări și prezentând rapoarte bazate pe cunoștințele din diverse domenii. În cazul expertizei medico-legale psihiatrice, acesta trebuie să fie medic psihiatru. Conform art. 19 din Legea privind sănătatea mintală [43], doar medicii psihiatri cu studii superioare și calificare validată pot acorda asistență psihiatrică.

Expertiza psihiatrică are scopul de a oferi informații medicale care să evidențieze trăsăturile psihologice ale unei persoane care a comis o infracțiune. Aceasta reprezintă o probă științifică esențială în determinarea gradului de responsabilitate al făptuitorului. Pentru a îndeplini acest rol, expertiza medico-legală psihiatrică utilizează o metodologie specifică, care analizează, printre altele, structura conștiinței și a personalității inculpatului sau învinuitului, evaluându-le în raport cu momentul săvârșirii faptei socialmente periculoase. [148, p. 92].

Expertiza medico-legală psihiatrică are ca obiectiv evaluarea structurii personalității făptuitorului, a nivelului de dezvoltare intelectuală, a gradului de educație și instruire, precum și a experienței de viață. Totodată, aceasta identifică factorii care pot influența capacitatea individului de a-și exercita liber voința [251, p. 127]. Spre deosebire de stabilirea unei evaluări

psihiatrice, expertiza constituie un demers interdisciplinar, fundamentat științific, ce oferă justiției o interpretare dinamică și cauzală a comportamentului analizat [174, p.121].

Expertiza medico-legală psihiatrică evaluează personalitatea făptuitorului, nivelul intelectual, educația și experiența de viață, analizând factorii ce influențează controlul voinței. Spre deosebire de un diagnostic psihiatric, aceasta este o analiză interdisciplinară, bazată științific, care oferă justiției o interpretare cauzală și dinamică a comportamentului [166, p.121]. Analiza practicii cercetării cazurilor de comitere a faptelor socialmente periculoase de către persoanele iresponsabile a evidențiat utilizarea următoarelor tipuri de expertize medico-legale psihiatice: expertiza ambulatorie, în regim staționar, în sala de judecată, în cabinetul ofițerului de urmărire penală, expertiza prin corespondență și post-mortem [189, p. 22-27].

Astfel, dreptul de a dispune expertiza revine:

1. organului de urmărire penală, care consideră necesară efectuarea expertizei prin ordonanță;
2. instanței de judecată, care dispune efectuarea expertizei prin încheiere (alin. (1) art. 144 CPP [30] RM) sau la inițiativa părților (alin. (4)).

Pentru ca expertiza să fie dispusă într-o cauză penală, organele de urmărire penală trebuie să constate îndeplinirea anumitor condiții, și anume [131]:

- a) să fi fost începută urmărirea penală sau instanța să fi fost sesizată prin plângere prealabilă sau rechizitoriu;
- b) unele fapte sau circumstanțe ale cauzei să nu fie clarificate suficient;
- c) pentru clarificarea acestora, să fie necesare cunoștințele unui specialist.

Experții sunt aleși din rândul specialiștilor din domeniul în care urmează să se realizeze expertiza [254]. Dacă organul judiciar nu numește direct expertul, ci trimite cererea către instituția competentă, aceasta poate apela la asistența sau opinia unor specialiști din alte instituții, dacă consideră necesar.

Expertul psihiatru (art. 88 „*Expertul*” CPP RM [30]) trebuie să fie bine documentat în privința principiilor CP al RM [26], să fie familiarizat cu drepturile și responsabilitățile sale și să înțeleagă importanța expertizei și rolul acesteia pentru autoritățile judiciare [30].

Motivele principale pentru realizarea expertizei medico-legale psihiatice:

- 1) atunci când comportamentul infractorului pe parcursul anchetei devine anormal și ridică semne de întrebare cu privire la starea sa psihică;
- 2) în situația în care infracțiunea nu este justificată printr-un motiv evident;
- 3) atunci când infracțiunea a fost săvârșită cu o brutalitate extremă;

- 4) atunci când există probe că inculpatul a avut o afecțiune psihică;
- 5) dacă există o solicitare din partea învinutului sau a victimei;
- 6) dacă există o cerere din partea rudelor apropiate;
- 7) în cazurile când, pe durata detenției, condamnatul prezintă comportamente bizare;
- 8) atunci când administrația instituției de reeducare prin muncă face o cerere, mai ales în cazurile în care se observă o agravare a psihozei sau apariția unei boli psihice.

Pentru realizarea expertizei, este necesar să se pună la dispoziția expertului toate materialele relevante legate de infracțiunea comisă și de personalitatea persoanei expertizate. Documentele esențiale includ următoarele:

1. *Hotărârea (decizia)* în care sunt prezentate rezumativ circumstanțele în care a fost săvârșită delictul. Specialistul trebuie să ofere răspunsuri la următoarele chestionări:

- a) în situația în care persoana supusă expertizei prezintă o afecțiune psihică;
- b) În situația în care persoana suferea de afecțiune psihică în timpul comiterii faptei și dacă a fost capabilă să-și conștientizeze acțiunile;
- c) dacă persoana este capabilă să participe la procesul judiciar și să dea declarații obiective.

Pe lângă aceste întrebări, pot fi adăugate și altele de natură complementară precum: ce tip de boală psihică are persoana expertizată, care este evoluția acesteia (*dacă este temporară sau cronică*) și ce alte documente sunt necesare.

Dosarul penal include detalii despre comiterea infracțiunii, acte medicale privind istoricul psihopatologic, dezvoltarea fizică și psihică a subiectului. Sunt analizate și date din ancheta socială despre familie, educație, activitatea profesională și militară, precum și istoricul judiciar și tratamentele psihiatrice, cu accent pe debutul bolii, manifestările clinice, diagnostic, tratament și evoluția stării de sănătate.

Expertiza trebuie să evalueze starea psihică și comportamentul inculpatului atât în timpul faptei, cât și ulterior. Declarațiile martorilor despre reacțiile acestuia sunt relevante, dar pot fi subiective sau distorsionate. Unii inculpați încearcă să simuleze tulburări psihice prin consultarea unui dispensar sau internarea în spital înainte de proces. Un mediu de examinare obiectiv, fără influențe externe, este esențial pentru acuratețea evaluării.

Expertul are dreptul să ceară detalii autorității de cercetare sau instanței de judecată în legătură cu câteva acțiuni sau circumstanțe conform art. 88 din CPP al RM [30].

Participanții, cu consimțământul și în conformitate cu condițiile stabilite de autoritatea de cercetare sau de instanța judiciară, au posibilitatea de a oferi expertului clarificările necesare.

Jurisprudența a stabilit că hotărârea pronunțată este casabilă în situația în care autoritatea

de cercetare penală ori instanța judecătorească nu a oferit inculpatului ocazia de a furniza explicații expertului.

Expertiza ambulatorie se realizează după o singură examinare, fără internare, în instituții psihiatrice sau dispensare. Este efectuată de comisii permanente, formate din trei psihiatri, dar în unele cazuri poate fi realizată de doi sau chiar un singur medic. Componența comisiei este aprobată de autoritățile de sănătate, iar membrii analizează materialele cauzei înainte de evaluare. Această expertiză se aplică atunci când diagnosticul este clar, stabilind dacă persoana este sănătoasă sau suferă de o boală evidentă.

Organele de urmărire penală preferă adesea expertiza medico-legală psihiatrică ambulatorie în locul celei în condiții de staționar, deoarece aceasta furnizează concluzii într-un termen mai scurt. În cazurile mai complexe, când diagnosticul nu este clar, comisia ambulatorie poate decide trimiterea expertizatului pentru examinare într-un spital de psihiatrie.

Expertiza în condiții de staționar are loc în spitale și clinici de psihiatrie, unde expertizatul este monitorizat constant, iar diagnosticul este stabilit pe baza investigațiilor necesare. Comisia, formată din trei medici, analizează rezultatele și determină natura afecțiunii. Această expertiză este utilizată în cazurile complexe, când diagnosticul este dificil sau necesită evaluări suplimentare.

Expertiza în sala de judecată presupune prezența psihiatrului-expert convocat de instanță. Dacă nu apar dificultăți, procesul continuă, însă, în caz contrar, inculpatul poate fi trimis pentru examinare psihiatrică. Instanța poate solicita clarificări suplimentare de la medici sau alți experți, dacă apar noi informații ce ar putea modifica concluziile. Expertul trebuie să analizeze materialele cauzei înainte de ședință. Această expertiză este utilizată în special pentru tulburările psihice temporare.

Expertiza în cabinetul ofițerului de urmărire penală este realizată, de obicei, de un singur psihiatru, la cererea ofițerului. Această metodă este folosită rar, întrucât se poate apela la expertiza ambulatorie sau la cea în condiții de staționar.

Expertiza prin corespondență se realizează pe baza materialelor și documentelor din dosarul penal, însă posibilitățile expertului de a oferi o concluzie sunt limitate. Aceasta are rolul de a verifica argumentele concluziilor anterioare. Este folosită pentru a stabili începutul și durata bolii și, în anumite cazuri, pentru a decide dacă este necesară o expertiză ambulatorie sau în condiții de staționar. Este recomandată în cazurile de infracțiuni grave, dar nu se aplică atunci când documentația medicală lipsește sau este incompletă, sau când se solicită evaluarea gravității stării psihice.

Expertiza post-mortem se bazează pe materialele din dosar privind starea psihică a persoanei decedate, însă poate fi dificilă din lipsa acestora. Se efectuează pentru a evalua starea psihică a unei persoane care a comis o infracțiune și a decedat înainte de judecată, pentru revizuirea sentinței unui condamnat decedat sau în caz de sinucidere fără motiv clar, suspectându-se o boală psihică. Scopul este de a determina existența unei afecțiuni psihice și influența acesteia asupra conștientizării acțiunilor sale.

Pentru expertiza post-mortem, organele de urmărire penală colectează informații despre dezvoltarea, educația și caracterul persoanei decedate. Se analizează istoricul familial, consumul de alcool, tratamentele psihiatrice și vizitele la dispensar. De asemenea, comportamentul dinaintea sinuciderii și eventualele notițe (*jurnal, scrisori*) sunt relevante pentru clarificarea personalității și posibilelor afecțiuni psihice. Obiectivele expertizei includ:

1. stabilirea diagnosticului de boală sau sindrom psihic;
2. identificarea eventualelor simulări ale afecțiunii psihice;
3. determinarea trăsăturilor personalității și a relației acestora cu comportamente antisociale (*examen psihologic*);
4. evaluarea capacității psihice a persoanei în momentul comiterii faptei și a motivației acesteia;
5. analiza evoluției eventualelor dereglări psihice și a periculozității actuale, inclusiv potențialul infracțional;
6. recomandarea măsurilor de siguranță și tratament pentru prevenirea și recuperarea socială a subiectului.

În toate cazurile, experții analizează materialul probator și solicită informații suplimentare doar atunci când există certitudinea că persoana a fost expertizată.

Experții analizează doar dacă persoana a fost expertizată, respectând confidențialitatea. În cazurile de posibilă iresponsabilitate, se evaluează datele biografice și comportamentul. Instanța va clarifica toate circumstanțele în aplicarea măsurilor medicale. Examinarea se face în condiții sigure, cu o abordare medicală. Unele persoane simulează afecțiuni psihice pentru a evita răspunderea penală.

Simularea poate apărea sub mai multe forme:

1. *simularea propriu-zisă*, când o persoană sănătoasă încearcă să imite tulburări psihice pentru a fi considerată iresponsabilă, cu scopul de a obține o concluzie de iresponsabilitate în urma comiterii unei fapte;
2. *suprasimularea*, când o persoană bolnavă exagerează simptomele unei afecțiuni psihice,

astfel încât să pară mai grav bolnavă decât este în realitate (*simularea patologică, mai rar întâlnită*);

3. *desimularea*, care presupune că o persoană cu afecțiuni psihice încearcă să-și ascundă boala pentru a obține anumite avantaje.

Falsificatorul nu reușește să îndeplinească sarcina deoarece:

1) nu înțelege toate aspectele afecțiunii psihice simulate, pe care expertul psihiatru le anticipa, dar care nu se manifestă;

2) optează pentru afecțiuni psihice „*spectaculoase*”: țipete, plâns, gesturi exagerate, distrugerea obiectelor, crize psihomotorii etc.; acest comportament fiind dictat de modul în care va controla și manifesta astfel de crize, adică prin utilizarea exagerărilor conștiente;

3) își schimbă imaginea clinică în căutarea unor manifestări de succes, ajustându-se de la o zi la alta;

4) "*cedează*" după câteva zile de internare și renunță la presiunea rolului, acceptându-și adevărata stare. Cei care au comis infracțiuni grave încearcă să-și mențină simularea până la final, iar expertul psihiatru va trebui să dea dovadă de răbdare până când pacientul va renunța la simulare.

După finalizarea expertizei, comisia întocmește următoarele concluzii:

1. Comisia determină, dacă este cazul, diagnosticul stadiului evolutiv și al afecțiunii psihice de bază.

2. Comisia evaluează starea psihică a persoanei la momentul comiterii faptei sau la data relevantă în caz.

3. Comisia analizează legătura de cauzalitate între starea psihică la momentul indicat și fapta comisă.

4. Comisia stabilește dacă există sau nu o boală psihică la momentul expertizei;

5. Comisia evaluează capacitatea psihică a persoanei la momentul relevant și la data expertizei;

6. Comisia evaluează potențialul antisocial și riscul suicidar sau periculozitatea socială, recomandând, dacă este necesar, măsuri luate în scopul protecției persoanelor care prezintă tulburări psihice sau alte afecțiuni grave;

7. În situația în care nu se poate răspunde la unele întrebări sau nu se consideră oportun să se răspundă, comisia va preciza acest lucru, oferind motivații clare.

Conform art. 151 alin. (1) din CPP RM [30], se poate dispune și realiza expertiza medico-legală psihiatrică, iar, în urma acesteia, se întocmește un raport de expertiză medico-legală

psihiatrică în care se va stabili starea de responsabilitate sau iresponsabilitate a persoanei.

Noțiunea juridică de responsabilitate este echivalată cu conceptul de discernământ, care reprezintă un criteriu medico-legal psihiatric. Potrivit autorului V. Dragomirescu, discernământul unei persoane este determinat de nivelul său de dezvoltare intelectuală, influențat de structura: personalității, experiența de viață, educația generală și profesională, precum și educația primită în familie și în instituții [146]. De asemenea, acest concept se referă și la structura conștiinței, luând în considerare atât momentul examinării, cât și momentul comiterii faptei.

Autorul consideră că două componente ale criteriului juridic al stării de iresponsabilitate sunt:

a) manifestarea capacității de a fi conștient de acțiunile sau inacțiunile sale, care se referă la latura intelectuală;

b) capacitatea de a-și controla și dirija acțiunile, ce țin de latura volitivă.

Prin urmare, chiar dacă una dintre aceste componente este prezentă, aceasta nu exclude starea de responsabilitate [146].

Anumiți psihiatri experți (V. Dragomirescu, O. Hanganu, D. Prelipceanu) cred că este esențial să îmbunătățim criteriile de evaluare a gradului de pericolozitate al bolnavului psihic, a potențialului său antisocial, a reacțiilor sale și a capacității de recuperare care presupun o sancționare mai ușoară și o răspundere penală „atenuată” [146]. Acest concept este prevăzut în mod evident în anumite coduri penale precum cele din România, Rusia, Ucraina etc.

Responsabilitatea ține astfel cont de particularitățile personalității făptuitorului (*matură, imatură, deteriorată, demențială, nevrotică, dezechilibrată, psihotică*) [129, p. 382].

Prin urmare, în legătură cu expertiza medico-legală psihiatrică, descrisă anterior, se vor respecta dispozițiile art. 144 CPP al RM [30] (*Procedura dispunerii expertizei*). Este esențial ca întrebările adresate expertului să fie formulate clar și corect. Exemple de întrebări care pot fi înaintate comisiei de experți psihiatri includ:

a) Persoana supusă expertizei prezintă sau nu o afecțiune psihică?

b) Dacă da, ce tulburare psihică are individul aflat sub expertiză?

c) Se referă la o tulburare psihică de lungă durată sau la una de scurtă durată (*trecătoare*)?

d) Persoana suporta de o tulburare psihică la momentul comiterii infracțiunii? Dacă da, această tulburare psihică a influențat capacitatea persoanei de a înțelege și, dirija acțiunile sau inacțiunile sale și de a prevedea consecințele acestora?

e) Care este momentul debutului acestei afecțiuni?

După ce expertul se familiarizează cu toate informațiile necesare din partea organelor judiciare și a părților implicate, va începe efectuarea expertizei și va redacta un raport de expertiză, conform dispozițiilor art. 151 CPP RM [30]. Raportul de expertiză include:

- 1) Partea introductivă, care detaliază decizia de efectuare a expertizei;
- 2) Partea a doua, ce constă în descrierea detaliată a procedurilor de expertiză;
- 3) Partea a treia, care conține concluziile expertului, opiniile referitoare la obiectul expertizei și răspunsurile la întrebările adresate.

Raportul de expertiză trebuie semnat de toți experții implicați în întocmirea acestuia.

3.4.2. Efectele și aspectele procesuale ale iresponsabilității

A acțiunea penală nu poate fi inițiată, iar în cazul în care a fost deja începută, nu poate continua. Conform art. 10, lit. "e" și art. 11, pct. 2, lit. "a" din CPP al RM [30], organul de urmărire penală sau instanța de judecată va hotărî scoaterea de sub urmărire penală sau va pronunța achitarea, întrucât *„aceasta reprezintă una dintre circumstanțele care exclud caracterul penal al faptei.”*

Indiferent de infracțiunea care a fost săvârșită de o persoană iresponsabilă, care a acționat fără vinovăție penală, răspunderea civilă pentru prejudiciile materiale nu este exclusă, cu excepția unor situații specifice, în care fapta nu constituie infracțiune din anumite cauze precum legitima apărare, cazul fortuit sau starea de necesitate.

Conform art. 346, alin. (2) din CPP al RM [30], în situația în care instanța pronunță achitarea unui inculpat, acest lucru se poate întâmpla fie din cauza existenței unei cauze care înlătură răspunderea penală, fie din lipsa unui element constitutiv al infracțiunii, ceea ce face imposibilă reținerea vinovăției. Este de menționat faptul că în conformitate cu normele dreptului civil, instanța are posibilitatea de a dispune repararea pagubei suferite de victimă, indiferent dacă răspunderea penală a fost exclusă.

În concluzie, în cazul achitării inculpatului din cauza iresponsabilității sale din motivul unei afecțiuni psihice de lungă durată, instanța este obligată, conform art. 346, alin. 2 din CPP al RM [30], modificat prin Legea 281/2003, să decidă asupra constituirii părții civile, conform deciziei penale nr. 1386/1991 a CSJ. Făptuitorul sau persoanele responsabile pentru faptele sale vor fi obligate să plătească despăgubiri civile.

Iresponsabilitatea se referă la o persoană specifică, care suferă de boli psihice ce anihilează discernământul sau se află într-o stare de inconștiență, fiind o cauză personală ce nu afectează alți făptuitori.

Dacă o persoană iresponsabilă comite o infracțiune în calitate de autor, ceilalți vor

răspunde în mod impropriu conform art. 31 din CP al RM [26]. În situația unei persoane aflate în stare de iresponsabilitate, pedepsele nu se aplică, întrucât nu există răspundere penală, însă, conform art. 113 și 114 din CP al RM [26], pot fi dispuse măsuri de siguranță, dacă persoana respectivă constituie un pericol social pentru comunitate.

Dacă făptuitorul era inconștient în momentul comiterii faptei, fapta rămâne a fi o infracțiune, iar răspunderea penală se impune. Este vorba despre acțiunile sau inacțiunile realizate liber, cu cunoștință de cauză (*actiones liberae in causa*), pe care făptuitorul le-a conștientizat înainte de comiterea faptei prevăzute de legea penală.

Răspunderea civilă se aplică în toate cazurile de iresponsabilitate, atât pentru persoanele care nu au capacitate psihică, cât și pentru cei care aveau obligația de a supraveghea făptuitorul iresponsabil. Se va analiza, desigur, dacă există vreo culpă din partea acestora, pentru a stabili răspunderea civilă. Fapta prevăzută de legea penală, săvârșită în stare de iresponsabilitate, trebuie confirmată de autoritățile judiciare pe parcursul procesului penal.

Conform art. 117 din CPP al RM [30], organele de urmărire penală sau instanțele de judecată, după caz, sunt dispuse la realizarea unei expertize medico-legale pentru evaluarea stării psihice a învinutului sau inculpatului, în situațiile în care există îndoieli cu privire la normalitatea acestuia. Expertiza se realizează în instituții sanitare specializate și trebuie să stabilească dacă, în momentul comiterii faptei stabilite de legea penală, făptuitorul avea capacitatea psihică de a percepe și a înțelege acțiunile sau inacțiunile sale și de a le controla.

În practică, pot apărea erori în formularea întrebărilor de către autoritățile de urmărire penală sau instanțele de judecată, ceea ce poate conduce la concluzii greșite din partea specialiștilor care efectuează expertiza psihiatrică. De ex., uneori se pune incorect întrebarea dacă învinutul sau inculpatul răspunde penal în raport cu bolile psihice de care suferă.

Stabilirea răspunderii penale este o atribuție exclusivă a organului judiciar, care se bazează pe ansamblul probelor administrate, inclusiv pe expertiza medico-legală psihiatrică. Având în vedere dispozițiile legale în vigoare, reglementările privind procedura și condițiile de realizare a expertizei psihiatrice, practica judiciară și literatura de specialitate, se poate concluziona că întrebările adresate de organul judiciar ar trebui să includă următoarele criterii:

- 1) orientarea psihică și percepția temporo-spațială a subiectului;
- 2) dacă din perspectivă obiectivă, pe baza explorărilor funcționale, se evidențiază existența unei boli psihice ce ar putea afecta capacitatea persoanei de a discerne sau de a se controla;
- 3) în ce măsură boala psihică prezentă influențează discernământul subiectului, iar, în

raport cu circumstanțele faptei și vârsta făptuitorului, există dovezi care să conducă la concluzia că acesta a acționat cu sau fără discernământ, sau cu discernământ diminuat;

3) ce măsuri medicale sunt necesare în acest context.

După stabilirea stării de iresponsabilitate, organul de urmărire penală va emite o ordonanță prin care va dispune încetarea urmăririi penale față de învinuit sau inculpat, iar instanța de judecată va pronunța achitarea în conformitate cu art. 10, lit. „e” și art. 11, pct. 2, lit. „a” din CPP al RM [30]. Dacă incapacitatea psihică apare după săvârșirea infracțiunii, iar procesul penal se află deja într-o anumită etapă, se va dispune suspendarea urmăririi penale, conform art. 239 din CPP al RM [30]. Procurorul va decide asupra suspendării prin ordonanță, conform art. 239, alin. 2 din CPP al RM [30].

Instanța care judecă cauza poate dispune suspendarea judecătii, conform art. 303 din CPP al RM [30]. De asemenea, instanța are posibilitatea de a amâna sau a întrerupe executarea pedepsei în baza art. 453 și art. 455 CPP al RM [30]. Măsurile de siguranță pot fi aplicate și față de persoanele care, după comiterea faptei, au pierdut capacitatea psihică sau au un discernământ diminuat din cauza bolilor psihice de care suferă.

3.5. Actio in libera causa

Astfel, dacă persoana se află într-o stare care exclude vinovăția în momentul comiterii faptei, nu va răspunde penal, chiar dacă efectele acțiunii apar după ce aceasta își recâștigă capacitatea intelectuală și volitivă. De exemplu, dacă, în timpul unui act de agresiune, autorul se afla într-o stare de beție involuntară completă, nu contează că victima moare imediat sau după o perioadă mai lungă, când autorul era responsabil. În niciun caz, acesta nu va răspunde penal pentru fapta respectivă. Totuși, dacă, după ce iresponsabilitatea dispare, făptuitorul comite acte suplimentare de executare, va putea fi tras la răspundere pentru acele acte. Prin urmare, momentul evaluării responsabilității și momentul la care se face reproșul pentru comportamentul anti-juridic corespund cu momentul în care a fost comisă fapta [238, p. 456]. Această regulă este, conform opiniei din literatura de specialitate, supusă unei excepții, cunoscută sub denumirea de „*actio libera in causa*.” Această noțiune se aplică situației în care autorul nu era responsabil în momentul comiterii faptei, dar a provocat intenționat, la un moment anterior, starea care a cauzat pierderea responsabilității. De ex., o persoană se adâncește voluntar într-o stare de beție completă și, în această stare, comite o infracțiune. De asemenea, un angajat responsabil cu semnalizarea circulației pe căile ferate adoarme în timpul serviciului, provocând astfel o coliziune între două trenuri [238, p. 456]. În acest context, chiar dacă autorul nu mai are capacitatea de a înțelege sau de a-și controla acțiunile la momentul comiterii faptei, el va răspunde pentru infracțiunea comisă,

deoarece responsabilitatea se bazează pe faptul că, la momentul provocării stării de iresponsabilitate, capacitatea volitivă și intelectuală erau încă prezente. Astfel, apare termenul utilizat pentru a descrie aceste situații, care explică faptul că, deși cauza pierderii responsabilității se află într-un moment în care autorul avea control asupra voinței sale, fapta nu a fost săvârșită în condițiile unei voințe libere [290, p. 311].

Există o diversitate de opinii în literatura de specialitate privind fundamentarea teoretică a conceptului de „*actio libera in causa*”. Unii autori consideră că aceasta reprezintă o excepție de la regula potrivit căreia responsabilitatea este evaluată în funcție de momentul acțiunii, în timp ce alții susțin că nu este vorba de o excepție, întrucât acțiunea începe încă din momentul provocării stării de inconștiență. O a treia grupă de autori propune o justificare bazată pe modelul autorului mediat, în cazul infracțiunilor intenționate, sau pe încălcarea unei obligații de diligență în cazul infracțiunilor comise din imprudență, atunci când starea de iresponsabilitate este provocată și autorul creează un risc pentru valorile protejate de lege.

Atât în CP român [36], cât și în cel al CP al RM [26], nu există o reglementare generală privind acest subiect, limitându-se la menționarea faptului că beția provocată în scopul comiterii unei infracțiuni este o circumstanță agravantă. În realitate însă, sfera de aplicabilitate a conceptului „*actio libera in causa*” nu se limitează doar la cazul beției și la ipotezele în care starea de iresponsabilitate este deliberat provocată. Astfel, vom întâlni această situație și atunci când o persoană își provoacă o stare de iresponsabilitate în condițiile fostului art. 48 din CP român din 1968 [34], de ex. atunci când adoarme în timpul unei acțiuni care ar putea cauza comiterea unei infracțiuni, sau când acceptă să fie hipnotizată de o altă persoană. În practică, este necesar să facem distincție între diferitele situații descrise de „*actio libera in causa*”, în raport cu intenția și comportamentul subiectiv al autorului.

O primă situație de „*actio libera in causa*” apare atunci când persoana își provoacă starea de iresponsabilitate în scopul comiterii unei infracțiuni. Acesta este cazul în care autorul, din lipsă de curaj pentru a comite direct infracțiunea dorită, își induce starea de beție sau acceptă să fie hipnotizat pentru a-și atinge scopul. În astfel de cazuri, dacă fapta săvârșită reflectă intenția inițială a autorului, acesta va răspunde penal pentru infracțiunea comisă cu intenție. În situația în care totuși autorul săvârșește o altă infracțiune din neglijență, acesta va răspunde pentru ea. De ex. după ce și-a indus starea de beție, autorul se urcă la volan și se îndreaptă către casa victimei pe care intenționa să o omoare, dar pe drum provoacă un accident de circulație, soldat cu moartea unui pieton. În acest caz, el va răspunde pentru omorul intenționat al victimei dorite și pentru infracțiunea de omor din imprudență în cazul pietonului.

A doua situație apare când autorul comite o infracțiune fără intenție și fără a-și provoca starea de iresponsabilitate, dar preconizând că ar putea comite o infracțiune în acea stare. De ex. când știe că alcoolul îi provoacă violență, dar totuși bea. În acest caz, răspunderea penală este pentru infracțiunea intenționată. Dacă autorul își provoacă starea din imprudență, există două soluții doctrinare dacă comite o infracțiune, cum ar fi omorul.

Autorul italian C. Fiore susține că în această situație, soluția corectă este considerarea faptei ca o infracțiune intenționată, care trebuie imputată autorului [291, p. 406]. Se susține că intenția și imprudența, ca elemente ale infracțiunii, nu sunt influențate de atitudinea subiectului înainte de comiterea faptei, aceasta având doar rolul de a elimina posibilitatea invocării cauzei de iresponsabilitate, care ar exclude vinovăția. În doctrina românească (*G. Antoniu*), s-a argumentat că luarea în considerare a poziției subiective a autorului în momentul inducerii stării de iresponsabilitate ar lăsa nesancționate fapte ce ar trebui considerate infracțiuni comise cu intenție (*ex. furtul, huliganismul, ultrajul*), care sunt adesea comise în stare de beție [55, p. 243].

Instanțele românești, în cazurile de iresponsabilitate provocată, se concentrează pe motivarea nereținerii cauzei de înlăturare a vinovăției, fără a analiza dacă starea de iresponsabilitate a fost cauzată deliberat sau din imprudență. De ex., beția voluntară completă, chiar în situația unei boli psihice preexistente, poate fi considerată doar circumstanță atenuantă. Instanțele nu examinează poziția subiectivă a inculpatului în momentul producerii stării de beție și rețin întotdeauna infracțiunea comisă cu intenție.

Conform altor autori [A. Galderon, J. Choclân, M. Cobo del Rosal, T. Vives Anton, F. Stresteanu] [163, p. 456], în situația în care starea de lipsă de răspundere a fost cauzată din imprudența autorului, se va reține o ucidere din culpă, nu un omor intenționat. Această opinie, susținută și de literatura românească mai veche, este în totalitate împărtășită și de noi [207, pp. 329-330; 90, p. 392]. Având în vedere că vinovăția autorului poate fi apreciată doar în corelație cu timpul în care persoana dispunea de voință liberă, nu credem că răspunderea ar putea fi atribuită pe baza unui moment în care acesta nu putea înțelege sau voia. O astfel de soluție ar conduce la răspunderea obiectivă, care nu ar explica corect condamnarea pentru o faptă intenționată, pe care autorul nu a prevăzut-o atunci când era responsabil, dar a comis-o ulterior în stare de iresponsabilitate (Fig.7.1. *Reprezentarea grafică a rezultatelor sondajului despre opinia diferite grupuri de vârstă despre o posibilă condamnare viitoare*). În doctrină, este aproape unanim acceptată opinia că, chiar și în cazul unei beții premeditate, dacă infracțiunea comisă diferă de cea dorită de autor, el va tras la răspundere pentru o acțiune comisă din culpă și nu pentru o faptă comisă cu intenție, dacă nu a anticipat sau acceptat riscul comiterii acesteia atunci

când și-a provocat starea de iresponsabilitate. Astfel, se consideră că, dacă autorul își provoacă starea de iresponsabilitate pentru a comite un furt, dar ulterior comite o vătămare corporală, el va răspunde pentru vătămare corporală din imprudență, dacă aceasta era o consecință previzibilă a stării de iresponsabilitate. Dacă însă comiterea faptei în această stare era imprevizibilă, autorul nu va răspunde nici măcar pentru imprudență sau culpă în legătură cu aceasta [242, p. 456].

Această opinie este susținută în doctrina italiană ca o propunere de îmbunătățire a legislației, chiar și de către autori care nu o acceptă în forma actuală a legii [290, p. 407]. A fost inclusă în unele proiecte ale CP italian din 1992 [29]. Conform art. 31 din CP italian [29], în caz de *actio libera in causa*, autorul răspunde pentru o infracțiune intenționată doar dacă, la momentul provocării stării de iresponsabilitate, a acționat cel puțin cu intenție indirectă față de infracțiunea comisă ulterior. Dacă infracțiunea era doar o consecință previzibilă a stării respective, răspunderea este pentru o faptă din imprudență. În situația în care fapta nu era incriminată în cazul comiterii din culpă, autorul nu va răspunde penal.

În acest context, considerăm că instanțele românești ar trebui să analizeze în fiecare situație, dacă inculpatul, în momentul în care a provocat starea de iresponsabilitate, a dorit, a acceptat sau nu a anticipat, deși ar fi avut capacitatea și obligația de a o face, comiterea infracțiunii care a fost săvârșită ulterior. Dacă infracțiunea a fost dorită sau acceptată, se va reține vinovăția cu intenție directă sau eventuală. În caz contrar, fapta va fi încadrată ca infracțiune din imprudență sau culpă, dacă este reglementată astfel de lege. Susținem necesitatea unei reglementări legislative clare a „*actio libera in causa*”, opinie susținută și în literatura de specialitate. Proiectul noului CP italian din 1992 [29] ar putea servi drept model în acest sens. De asemenea, în raport cu art. 95 CP RM [26], considerăm că momentul de referință pentru aprecierea responsabilității trebuie să fie cel al comiterii faptei.

Conform art. 95 alin. (1) din CP al RM [26], o persoană care dezvoltă o afecțiune psihică în timpul executării pedepsei, care îi afectează discernământul sau capacitatea de a-și controla acțiunile, poate fi eliberată de executarea pedepsei, instanța având dreptul de a impune măsuri de constrângere medicală. Conform alin. (2) al aceluiași articol, persoana care, înainte de pronunțarea sentinței sau pe parcursul executării pedepsei, suferă de o afecțiune gravă (altă decât boala psihică menționată anterior) poate fi, de asemenea, liberată prin decizia instanței. În legislația anterioară, respectiv CP RM din 1961 [27], această formă de liberare era reglementată de art. 342 CP RM [26].

Pentru prima dată, noțiunea și reglementarea directă a liberării de pedeapsă penală în acest context au fost incluse în CP RM din 2002 [26]. Lista bolilor care pot justifica eliberarea

de la executarea pedepsei sunt stabilite de Ministerul Sănătății, iar instanței i se prezintă un aviz medical (art. 101 CP RM [26]) sau un raport medico-legal care confirmă incapacitatea condamnatului de a executa pedeapsa. Spre deosebire de bolile psihice, acest temei nu impune automat liberarea, ci rămâne la aprecierea instanței, care ia în considerare atât gravitatea afecțiunii, cât și alte circumstanțe relevante. Conform art. 95 CP RM [26], decizia de liberare a persoanelor grav bolnave revine instanței din raza teritorială a instituției de detenție, pe baza solicitării acesteia (art. 291 alin. (1)-(2) CE RM, art. 469-471 CPP RM [30]).

Dacă o persoană dobândește o boală psihică în timpul executării pedepsei, devenind incapabilă să-și înțeleagă sau să-și controleze acțiunile, aplicarea pedepsei pentru infracțiunea comisă va fi amânată până la însănătoșire. Aceasta se va realiza doar dacă nu a intervenit prescripția răspunderii penale sau alte motive care să justifice liberarea de pedeapsă (art. 102 alin. CP RM [26]).

Dacă o persoană aflată în detenție dezvoltă o afecțiune psihică, instanța de judecată poate decide eliberarea acesteia de la executarea pedepsei. Motivația pentru această decizie este boala apărută, care trebuie să fie confirmată prin documente medicale relevante, inclusiv concluziile comisiei medicale a instituției de detenție. Instanța poate aplica măsuri de constrângere medicală față de aceste persoane.

O particularitate a acestui tip de cazuri reprezintă constatările conform cărora eliberarea persoanelor grav bolnave de la executarea pedepsei se aplică în mod universal, indiferent de natura infracțiunii săvârșite sau de tipul pedepsei primite. Potrivit art. 95 alin. (1) din CP al RM [26], persoanele, care suferă de afecțiuni psihice, pot fi eliberate de la executarea pedepsei, acest fapt este posibil doar dacă boala psihică apare în timpul executării pedepsei, afectând capacitatea persoanei de a-și controla sau înțelege acțiunile. Potrivit art. 95 alin. (2) din CP al RM [26], pentru a dispune eliberarea, trebuie stabilite cu precizie tipul și durata bolii condamnatului.

O boală gravă implică o deteriorare severă a stării de sănătate, care nu se limitează la o simplă înrăutățire a stării generale precum pierderea parțială sau totală a capacității de muncă. Aceasta poate conduce la invaliditate totală, imposibilitatea de a se deplasa sau de a vorbi. În astfel de situații, o boală gravă sau o invaliditate totală a persoanei condamnate reprezintă un temei pentru eliberarea acesteia de la executarea pedepsei. Conform prevederilor art. 95 alin. (4) din CP al RM [26], instanța de judecată decide, în mod diferențiat, dacă persoanele menționate în alin. (1) și (2) sunt supuse pedepsei, în cazul însănătoșirii, cu condiția ca termenele de prescripție prevăzute la art. 60 și 97 să nu fie depășite.

Durata măsurilor de constrângere medicală și perioada arestului preventiv sunt incluse în

calculul pedepsei, conform art. 88 CP al RM [26]. Computarea presupune reducerea timpului petrecut în reținere sau arest preventiv din pedeapsa aplicată.

Instanțele decid fie menținerea detenției, fie includerea perioadei de arest în pedeapsă, ținând cont de jurisprudența națională. În cazul eliberării persoanelor care au dezvoltat boli psihice în timpul executării pedepsei (art. 95 CP RM [26]), instanța dispune o expertiză psihiatrică (art. 471 CPP RM [30]) pentru a evalua necesitatea aplicării măsurilor de constrângere medicală.

De asemenea, conform art. 23 alin. (1) și (2) din CP al RM [26], responsabilitatea este definită ca o stare specifică, iar art. 21 alin. (1) CP al RM [26] stabilește că doar persoana responsabilă poate fi considerată subiect al infracțiunii. Responsabilitatea este prezumată și nu necesită demonstrare. Totuși, în cazurile în care apar incertitudini referitoare la starea de responsabilitate a persoanei bănuite, învinuite sau inculpate, organele de urmărire penală și instanțele de judecată au obligația de a clarifica starea psihică a acestora, adică de a stabili dacă sunt responsabili sau iresponsabili.

Conform dispozițiilor art. 23 din CP al RM [26], iresponsabilitatea este determinată pe baza a două criterii: unul medical și unul juridic. Pentru persoanele considerate iresponsabile, instanța poate dispune aplicarea unor măsuri de constrângere medicală, în conformitate cu prevederile art. 98-102 din CP al RM [26].

De obicei, îmbolnăvirea psihică survenită după comiterea infracțiunii nu reprezintă un motiv pentru exonerarea făptuitorului de răspundere penală. În asemenea situații, instanța de judecată poate dispune aplicarea unor măsuri de constrângere medicală. După recuperare, persoana poate fi din nou supusă pedepsei cu condiția să nu existe alte motive care să justifice eliberarea sa de răspundere penală sau de pedeapsă, ori să nu fi intervenit termenul de prescripție (art. 102 din CP al RM [26]). În acest context, jurisprudența CEDO este de asemenea relevantă, cum ar fi cazul *Winterwerp versus Olanda* din 29 octombrie 1979 (pct. 37, 39) [321].

Conform CEDO, cu excepția situațiilor de urgență, o persoană nu poate fi lipsită de libertate decât dacă se dovedește în mod clar că suferă de o „tulburare mintală” specifică. Această constatare trebuie realizată de autoritățile naționale competente pe baza unei expertize medicale obiective, care să confirme existența unei astfel de tulburări. Mai mult, natura și gravitatea tulburării mintale trebuie să justifice în mod imperativ internarea obligatorie. Continuarea internării este condiționată de persistența acestei tulburări [177, p.41-48].

Practica judiciară din RM a confirmat această interpretare printr-o hotărâre de unificare a jurisprudenței. O soluție similară poate fi aplicată și condamnaților eliberați din motive de boală

gravă, dacă ulterior se însănătoșesc. Prescripția nu afectează măsura de siguranță privind confiscarea bunurilor dispusă prin sentință, conform art. 106 CP RM [26]. Potrivit art. 469 alin. (1) pct. 17) CPP RM [26], eventualele suspiciuni sau neclarități pot fi clarificate. Jurisprudența națională subliniază că, în situația în care termenul de prescripție a expirat, sentința de condamnare se pronunță fără a se aplica pedeapsa, cu eliberarea de orice răspundere penală [Decizia Ira-238/2004].

Potrivit art. 471 alin. (1) CPP RM [30] și art. 291 CE RM, la solicitarea unui organ competent, a instituției penitenciare sau a condamnatului, instanța analizează cererea de liberare de pedeapsă din motive medicale. Această abordare este susținută și de jurisprudența CEDO (*cauza „Gul versus Elveția”*, 19.02.1996 [328]) [332]. Considerăm însă că actualele prevederi sunt incomplete în raport cu art. 95 alin. (2) CP RM [26], întrucât menționează doar posibilitatea liberării pentru persoanele care s-au îmbolnăvit după comiterea infracțiunii sau în timpul executării pedepsei. Sugestia noastră de reformulare a normei este: *„Persoana care, fie înainte, fie după săvârșirii infracțiunii sau pe parcursul executării pedepsei, suferă de afecțiune gravă, distinctă de cea menționată la alin. (1), care face imposibilă executarea pedepsei, aceasta poate fi eliberată prin decizia instanței judecătorești”*.

Considerăm necesară utilizarea sintagmei *„persoana care până la comiterea”* din multiple motive. În acest context, CEDO a identificat numeroase încălcări grave ale art. 3 din CEDO în cauze privind maltratări fizice (Anexa 7. Tabel 7.1. *Precedente CEDO privind încălcarea art. 3 din CEDO*)

În RM, există situații similare care vizează dreptul la ocrotirea sănătății al deținuților, precum cazul lui Marcel Cebotari, condamnat la 16 ani de detenție în regim închis, persoană cu gradul I de invaliditate, aflat în Penitenciarul nr. 9 din localitatea Pruncul și reprezentat de A. Hramcenco. Astfel de situații pot implica atât încălcarea, cât și garantarea dreptului la ocrotirea sănătății, prevăzut de art. 36 din Constituție [35]. În acest sens, alin. (1) al art. 36 stipulează că dreptul la ocrotirea sănătății este garantat, iar alin. (2) și (3) prevăd că statul oferă gratis un pachet minim de asistență medicală, stabilind prin lege organică mijloacele de protecție a sănătății fizice și mintale a persoanei, precum și structura sistemului național de sănătate. Ulterior, după cel de-al Doilea Război Mondial, dreptul la ocrotirea sănătății a fost recunoscut pe scară largă la nivel internațional. În 1946, acest drept fundamental a fost consacrat pentru prima dată în Constituția Organizației Mondiale a Sănătății, al cărei preambul afirmă că atingerea celei mai bune stări de sănătate posibile reprezintă un drept fundamental al fiecărei ființe umane, indiferent de rasă, religie, opinii politice, statut economic sau social.

Ulterior, dreptul la sănătate a fost inclus în numeroase instrumente de ordin global, cum ar fi: Declarația Universală a Drepturilor Omului (*art. 25*) [15], Pactul Internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale (*art. 12*) [20], Declarația Universală pentru Eliminarea Definitivă a Foametei și Malnutriției [16], Declarația Națiunilor Unite asupra mediului [17], precum și în Convențiile și Declarațiile Națiunilor Unite privind mediul și dezvoltarea, adoptate la Conferința de la Rio de Janeiro din 1992 [8]. La nivel global, problematica dreptului la sănătate intră în sfera de competență a Organizației Mondiale a Sănătății (*OMS*) [18], al cărei obiectiv principal este asigurarea celui mai înalt nivel de sănătate pentru toate popoarele. De asemenea, în jurisprudența sa, Curtea Constituțională a abordat dreptul la ocrotirea sănătății, subliniind importanța acestuia în cadrul protecției drepturilor fundamentale [129]. Astfel, RM este parte la numeroase tratate și organizații internaționale axate pe sănătate și diversele sale dimensiuni. Unele dintre aceste instrumente juridice au forță obligatorie supremă, impunând statului respectarea și aplicarea lor integrală. Printre acestea enumerăm: Convenția Unică asupra stupefiantelor (1961) [6] și Protocolul de modificare (1972) [12], Convenția asupra substanțelor psihotrope (1971) [41] și Convenția ONU împotriva traficului ilicit de stupefiante și substanțe psihotrope (1988) [6]. Pentru a transpune în practică principiile consacrate de aceste tratate și a îndeplini obligațiile asumate, Constituția RM [35] prevede, în art. 36 alin. (1), că dreptul la ocrotirea sănătății este garantat. Din normele internaționale referitoare la acest drept se desprind câteva trăsături esențiale:

- 1) acesta are atât o dimensiune individuală, cât și una colectivă;
- 2) statul, autoritățile publice, persoanele private și fiecare cetățean au atât obligații negative, cât și obligații pozitive.

Prin urmare, autoritățile competente și persoanele desemnate trebuie să realizeze o evaluare rapidă, completă, obiectivă și complexă a tuturor circumstanțelor, acordând o atenție deosebită protejării drepturilor și intereselor legitime ale persoanelor care au comis fapte cu un grad ridicat de pericol social. Din aceste considerente, apreciem ca fiind necesară includerea sintagmei „*persoana care înainte de comiterea faptei*” în cuprinsul art. 95 din CP al RM [26]. În astfel de situații, considerăm că ar trebui prevăzute mecanisme suplimentare de eliberare de pedeapsă, în mai ales în cazul unei afecțiuni incurabile. Aceste măsuri ar putea presupune fie aplicarea dispozițiilor din art. 90 CP RM [26] referitoare la suspendarea executării pedepsei, fie, în cazul în care pedeapsa devine mai severă în timpul executării sau după comiterea infracțiunii, sau prin dispunerea unei forme speciale de liberare condiționată anterior termenului stabilit (*art. 91 CP al RM* [26]).

3.6. Consecințele constatării iresponsabilității penale și temeiurile pentru aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical

În ceea ce privește consecințele iresponsabilității exclud cea de-a treia caracteristică fundamentală a infracțiunii – vinovăția – și, implicit, exclude eventualitatea impunerii unei sancțiuni penale sau a unei intervenții formative. Cu toate acestea, lipsa responsabilității nu influențează caracterul tipic și ilicit al faptei, permițând, așadar, adoptarea unor măsuri de protecție, precum internarea medicală. Atunci când persoana suferă de o afecțiune psihică ce nu înlătură complet, ci doar diminuează capacitatea sa de înțelegere sau voință, vinovăția penală nu este exclusă în totalitate. În asemenea situații, instanța poate ține cont de această împrejurare în procesul de individualizare a pedepsei, reținând-o chiar ca o circumstanță atenuantă judiciară. În astfel de situații, măsurile de siguranță pot fi impuse simultan cu pedeapsa aplicată. Referitor la alte cauze care exclud vinovăția, acestea se referă la situații distinct reglementate de legea penală precum beția, minoritatea (*până la 14 sau 16 ani*) ori eroarea esențială de fapt. Aceste cauze determină lipsa fie a factorului de prevedere, fie a celui volitiv, ori a ambelor. Pe de altă parte, o stare de tulburare, oricât de intensă, nu se încadrează în această categorie.

Conform teoriei dreptului penal, o infracțiune reprezintă o faptă socialmente periculoasă care aduce atingere vieții și sănătății persoanei, ordinii de stat, sistemului politic și economic, precum și altor valori protejate de legea penală. Aceasta poate fi comisă de o persoană responsabilă, fie intenționat, fie din imprudență. Atunci când se evaluează pericolul social al unei infracțiuni comise de o persoană sănătoasă psihic, se iau în considerare atât elementele obiective ale infracțiunii, cât și aspectele subiective. În schimb, faptele socialmente periculoase comise de persoane care suferă de afecțiuni psihice nu le pot fi imputate, motiv pentru care nu sunt considerate infracțiuni. Din cauza tulburărilor psihice, aceste persoane percep într-un mod distorsionat scopul acțiunilor lor. Astfel, latura subiectivă a faptei comise de o persoană iresponsabilă nu trebuie luată în considerare. Totuși, motivele, impulsurile și intenția acestora sunt analizate dintr-o perspectivă psiho-patologică, în special pentru a evalua starea lor psihică și gradul de pericolozitate socială. În acest context, legislația RM reflectă aceste principii. Potrivit art. 51 alin. (1) din Constituția RM [35], persoanele cu dizabilități beneficiază de o protecție specială din partea societății, iar statul este obligat să le asigure condiții adecvate de tratament, recuperare, educație, instruire și integrare socială. De asemenea, conform alin. (2) al aceluiași articol, nimeni nu poate fi supus unui tratament medical forțat decât în condițiile expres prevăzute de lege.

Totodată, art. 4 alin. (1) din Legea privind sănătatea mintală [43] prevede că asistența

psihiatrică se acordă doar cu consimțământul sau la solicitarea voluntară a persoanei, cu excepția situațiilor expres prevăzute de lege. Aceste dispoziții sunt corelate cu art. 23 alin. (1) din CP al RM [26], conform căruia, în anumite condiții, persoanelor vizate li se pot pune în aplicare măsurile de constrângere cu caracter medical, reglementate de art. 98-103 din CP al RM [26]. Art. 98 din CP al RM [26] stipulează că aceste măsuri de siguranță au un caracter preventiv, fiind destinate să elimine riscurile potențiale legate de săvârșirea unor infracțiuni. Măsurile de siguranță prevăzute în art. 98 CP RM [26] sunt exhaustive și includ următoarele [20, p. 232]:

- a) măsurile de constrângere medicale;
- b) măsurile cu caracter educativ;
- c) expulzarea;
- d) sechestrul specială.

Conform dispozițiilor art. 112 din CP român [112], lista măsurilor de siguranță include următoarele:

- a) internarea medicală;
- b) obligarea la tratament medical;
- c) interzicerea ocupării unor funcții sau exercițiului unei meserii, profesii sau alte activități;
- d) interzicerea prezenței în unele zone;
- e) deportarea cetățenilor străini;
- f) sechestrul special;
- g) sechestrul extins;
- h) Interzicerea reînțoarcerii în domiciliul familial pentru o anumită perioadă determinată.

La sfârșitul secolului al XIX-lea, odată cu apariția lucrărilor reprezentanților școlii pozitivistice, a început să prindă contur ideea că lupta împotriva criminalității, în conformitate cu codurile penale și pedepsele stabilite, s-a dovedit adesea ineficace. Astfel, s-a observat că există anumite categorii de infractori care sunt în afara sferei represiunii penale, cum ar fi iresponsabilii sau toxicomanii. Aceste persoane sunt considerate, în contextul luptei împotriva infracțiunilor, ca „stări de pericol” care trebuie gestionate prin legea penală, fiind implicate în cauzalitatea unor fapte prevăzute de legea penală și fiind adesea evidențiate tocmai prin comiterea acestora. Aceste „stări de pericol” nu pot fi gestionate prin sancțiuni penale, ci doar prin măsuri preventive [145, p. 273].

Astfel, în doctrina juridică și în propunerile legislative de la sfârșitul secolului al XIX-lea și începutul secolului al XX-lea, aceste măsuri au fost denumite „măsuri de siguranță”. Un moment important care a accelerat adoptarea măsurilor de siguranță în legislațiile penale din Europa a fost Conferința Internațională pentru Codificarea Dreptului Penal, care a avut loc la Roma în 1928. Măsurile de siguranță, sub această denumire, au fost introduse pentru prima dată în CP român din 1936 [32]. În CP din 1844, anumite dispoziții de protecție au fost prevăzute, dar sub denumirea de pedepse, nu ca măsuri de siguranță. În CP român din 1936 [32], măsurile de

siguranță erau reglementate împreună cu sancțiunile educative și de supraveghere pentru minori. Pentru prima oară, în CP din 1968 [34], măsurile de siguranță au fost reglementate corespunzător pe baze științifice, fiind distincte de măsurile educative [136, p. 304].

În RM, termenul „*măsuri de siguranță*” a fost utilizat pentru prima dată în anul 2003, odată cu adoptarea CP al RM, fiind incluse în capitolul X - „*Măsurile de siguranță*”. În CP din 1961 [27], măsurile respective erau denumite măsuri de constrângere cu caracter medical și educativ. Măsurile de siguranță, conform art. 98 CP RM [26], au scopul de a elimina un pericol și de a preveni comiterea unor noi infracțiuni prevăzute de legea penală. Aceste măsuri au în principal un caracter preventiv și de preîntâmpinare, având ca obiectiv eliminarea stărilor de pericol generate de fapte incriminate de legea penală [121, p. 274]. Deși sunt preventive, măsurile de siguranță au și un caracter coercitiv, întrucât sunt impuse de instanțele de judecată împotriva voinței persoanei vizate. În acest sens, ele seamănă cu pedepsele, care sunt, prin natura lor, măsuri constrângătoare. Intervenind asupra persoanelor care au săvârșit infracțiuni, măsurile de siguranță au caracterul unor sancțiuni de drept penal, deși, spre deosebire de pedeapsă, incidența lor nu depinde de răspunderea penală, ci de eliminarea pericolelor. În esență, dispozițiile de protecție sunt sancțiuni de drept penal care vizează prevenirea pericolelor generate de faptele incriminate prin măsuri de constrângere preventive [117, p. 584]. Măsurile de siguranță au următoarele trăsături definitorii [129, p. 306]:

- 1) sunt reglementate de legea penală;
- 2) se aplică indivizilor care au săvârșit acte reglementate de legislația penală și care manifestă o stare sau situație periculoasă;
- 3) sunt dispuse exclusiv de autoritățile judiciare, având ca scop prevenirea comiterii de noi infracțiuni.

Măsura cu caracter medical poate fi impusă doar persoanelor care au comis o faptă incriminată de legea penală. Aceasta se aplică celor care au săvârșit infracțiunea într-o stare de iresponsabilitate psihică sau celor care, deși erau responsabili la momentul comiterii faptei, au dezvoltat o boală psihică înainte de judecarea cazului și au fost ulterior declarate iresponsabile. Conform art. 13 din Legea privind sănătatea mentală [43], „*măsurile medicale coercitive se implementează în spitalele de psihiatrie gestionate de autoritățile competente pentru protecția sănătății.*” Din perspectiva juridică, înainte de a impune măsurile de constrângere cu caracter medical, este necesar să se determine dacă persoana este responsabilă pentru acțiunile sale sau nu. Prin urmare, impunerea măsurilor de constrângere cu caracter medical se fundamentează pe trei condiții esențiale [52]:

1) conform legii, persoana a săvârșit o infracțiune, considerată periculoasă pentru societate;

2) persoana a fost declarată iresponsabilă fie la momentul comiterii infracțiunii, fie ulterior, inclusiv în perioada executării pedepsei;

3) persoana a fost recunoscută ca fiind periculoasă pentru societate.

În cele din urmă, se disting trei niveluri ale funcțiilor practice ale tratamentului forțat: primul nivel este de natură socială sau juridică, al doilea nivel medical, iar al treilea individual. Esențial, măsurile de siguranță reprezintă sancțiuni de drept penal care constau în măsuri de constrângere preventivă, având scopul de a elimina stările de pericol care pot conduce la acte sancționate de normele penale [114].

Conform legislației penale ruse, măsurile de constrângere cu caracter medical sunt conform legislației penale și puse în executare de instanțe pentru persoanele iresponsabile care au comis infracțiuni, precum pentru alcoolici și narcomani. Scopul acestor măsuri nu este educarea infractorilor, ci tratarea lor, având în vedere că boala lor constituie un factor ce induce la comiterea infracțiunilor. În plus, aplicarea măsurilor de constrângere are ca obiectiv protejarea societății, dar și a persoanelor în cauză [„Statul și dreptul”, Moscova 1992, nr. 7, p. 112].

Asistența psihiatrică și protejarea drepturilor omului în contextul acordării acestui ajutor pentru persoanele cu probleme psihice urmăresc rezolvarea a patru obiective principale [231, p.19]:

a) apărarea drepturilor și intereselor legitime ale cetățenilor care beneficiază de ajutor psihiatric;

b) protejarea persoanelor cu tulburări psihice de discriminarea socială pe baza diagnosticului lor;

c) prevenirea faptelor social periculoase comise de persoanele cu dereglări psihice;

d) protejarea medicilor, personalului medical și altor specialiști care acordă ajutor psihiatric, oferindu-le privilegiile în cadrul muncii lor în condiții social periculoase.

Măsurile de constrângere cu caracter medical se referă la obligarea persoanei care a comis o infracțiune prevăzută de legea penală și care suferă de tulburări mintale sau face abuz de alcool sau substanțe narcotice să urmeze un tratament medical specific. Astfel, măsurile de siguranță prevăzute în CP sunt aplicabile alienațiilor mintali, alcoolicilor și narcomanilor. În acest paragraf, se va analiza în mod special măsurile de constrângere medicală pentru persoanele cu afecțiuni psihice.

Conform art. 99 din CP al RM [26], starea de pericol este generată de tulburarea psihică a

făptuitorului. Potrivit art. 101 CP al RM [26], măsurile de constrângere medicale pot fi aplicate indivizilor care:

1) au comis infracțiuni periculoase, reglementate de legea penală, în condiții de iresponsabilitate, fiind astfel scutiți de răspunderea penală.

2) au dezvoltat o afecțiune psihică după comiterea faptei, dar înainte de pronunțarea sentinței, ceea ce le împiedică să înțeleagă acțiunile lor sau să le controleze. Acestea sunt eliberate de pedeapsa penală și, după recuperare, pot fi supuse pedepsei, cu condiția ca termenul de prescripție să nu fi expirat și să nu existe alte motive care să le exonereze de răspunderea penală.

3) s-au îmbolnăvit pe parcursul executării pedepsei. În acest caz, aceste persoane pot fi eliberate în urma tratamentului, iar dacă se consideră necesar, li se poate aplica pedeapsa penală, dacă nu există motive pentru absolvirea lor de răspundere.

Conform art. 103 din CP al RM [26], dacă instanța consideră că nu este necesar să aplice măsuri de constrângere cu caracter medical sau în cazurile în care aplicarea acestora încetează, instanța poate dispune ca persoana să fie încredințată îngrijirii rudelor sau tutorilor, sub supraveghere medicală obligatorie.

Pentru a stabili pericolozitatea unui bolnav, se iau în considerare indicii medico-psihopatologici și socio-psihologici. Printre indicii medico-psihopatologici enumerăm:

a) idei delirante cu un conținut specific, care sunt direcționate împotriva anumitor persoane sau organizații și sunt însoțite de tensiune afectivă, cum ar fi ideile de gelozie sau influențe sexuale;

b) stare de depresie însoțită de delir de autoacuzare;

c) stări psihice periodice, caracterizate prin agresivitate;

d) stări maniacale, cu dezechilibru și un comportament pseudo-întreprinzător.

Stările medico-psihopatologice pot deveni mai severe din cauza unor factori socio-psihologici precum:

1) semne de neadaptare socială, cum ar fi lipsa unui loc de muncă, probleme financiare, dificultăți de locuire, absența unei familii sau conflictele familiale, vulnerabilitatea la influențe antisociale;

2) tendința de a consuma în mod constant alcool, droguri sau alte substanțe toxice;

3) comportamentele infracționale persistente, continuarea acțiunilor dăunătoare;

4) încălcarea regulilor de spitalizare în timpul internărilor anterioare.

Procedura de impunere a măsurilor de constrângere cu caracter medical este reglementată

de art. 488-502 CPP al RM [30]. De ex., conform art. 493 din CPP al RM [30], persoana asupra căreia se aplică măsuri de constrângere cu caracter medical poate fi reprezentată de un membru apropiat al familiei sale, iar dacă aceștia nu sunt disponibili, poate fi desemnată o altă persoană în baza ordonanței emise de organul de urmărire penală sau prin decizia instanței judecătorești.

Conceptul de internare într-o instituție psihiatrică pe baza unei hotărâri judecătorești presupune, din partea statului, atât acordarea ajutorului medical pentru persoana declarată iresponsabilă, cât și izolarea acesteia pentru prevenirea riscului de a comite fapte stipulate de normele penale. Acest proces trebuie consemnat, iar în situația în care persoana se însănătoșește, trebuie verificat dacă termenul de prescripție nu a expirat și în situația în care lipsesc alte justificări de exonerare de răspunderea penală și pedeapsă.

Spitalizarea într-un centru de psihiatrie (*art. 490 CPP RM [30]*) se dispune atunci când se constată că o persoană, aflată sub urmărire penală și în stare de arest, prezintă semne de îmbolnăvire. În acest caz, judecătorul de instrucție, la cererea procurorului, dispune internarea acesteia într-o unitate psihiatrică destinată persoanelor aflate în detenție. Pentru persoanele care nu sunt în arest, internarea se face conform reglementărilor stabilite în art. 152 CPP RM [30], Legea privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, droguri și alte substanțe psihotrope [41], precum și în reglementările clinicilor de dezintoxicare, ale Centrului de dezintoxicare medicală din subordinea Ministerului Sănătății RM și ale instituțiilor de reabilitare socială din cadrul sistemului penitenciar al Ministerului Justiției.

Atunci când măsura de obligare la tratament medical este aplicată concomitent cu pedeapsa închisorii sau a detențiunii pe viață, sau în cazul unei persoane aflate în detenție, copia hotărârii și a raportului medico-legal vor fi comunicate administrației locului de detenție. Măsura internării provizorii se menține până când instanța de judecată o confirmă, pe baza avizului unei comisii medicale. Conform art. 489 alin. (3) CPP RM [30], expertiza psihiatrică judiciară va fi efectuată asupra persoanei vizate doar dacă există dovezi clare care sugerează că aceasta a comis infracțiune investigată în cadrul procedurilor penale.

Modalitățile de măsuri cu caracter medical sunt prevăzute în art. 99 CP RM [26], care stipulează următoarele opțiuni:

- a) spitalizarea într-o unitate psihiatrică sub monitorizare obișnuită;
- b) spitalizarea cu supraveghere riguroasă.

Înainte de intrarea în vigoare a CP RM [26], conform art. 55 CP RM [26] (*adoptat pe 24 martie 1961*), instanța de judecată avea posibilitatea de a aplica următoarele dispoziții restrictive de natură medicală:

- 1) spitalizarea într-o unitate medicală pentru afecțiuni psihice cu supraveghere obișnuită;
- 2) spitalizarea într-o unitate medicală pentru afecțiuni psihice cu supraveghere intensivă;
- 3) spitalizarea într-o unitate medicală pentru afecțiuni psihice cu supraveghere riguroasă.

CP al Federației Ruse [48] prevede o gamă mai largă de măsuri cu caracter medical, conform art. 99 alin. (1) din același cod. Aceste măsuri includ [316, p. 206]:

- a) examinarea ambulatorie forțată și tratamentul psihiatric;
- b) internarea într-un spital psihiatric cu supraveghere obișnuită;
- c) internarea într-un spital psihiatric de tip specializat;
- d) internarea într-un spital psihiatric de tip specializat cu supraveghere intensivă.

În conformitate cu legislația penală română, dispozițiile de protecție medicale sunt reglementate astfel:

- 1) impunerea unei îngrijiri terapeutice;
- 2) internarea medicală.

Obligarea la tratament medical reprezintă o măsură de siguranță ce presupune impunerea unui tratament pentru făptuitorul care, din motivul unei afecțiuni sau intoxicații cronice cu stupefiante, alcool sau alte substanțe, prezintă un pericol pentru societate, existând riscul de a comite acțiuni suplimentare reglementate de legislația penală [142, p. 312].

Dacă individului căruia i s-a aplicat această măsură nu respectă dorința de a fi prezent regulat la tratament, instanța poate propune spitalizarea pentru tratament medical. Măsura de protecție constând în impunerea tratamentului medical se aplică pe o perioadă nedeterminată și rămâne în vigoare atâta timp cât tratamentul este necesar, respectiv până la însănătoșirea făptuitorului. Dacă persoana se vindecă, măsura este anulată. Spitalizarea pentru tratament medical reprezintă o măsură de protecție medicală, care constă în internarea forțată a persoanei care a săvârșit o infracțiune și prezintă riscul de a comite fapte similare, într-un institut medical specializat, din cauza bolii mintale sau a dependenței de substanțe [114, p.590].

Internarea medicală este dispusă pentru persoanele care au comis o faptă sancționată de legislația penală și care suferă de o afectare severă a stării psiho-fizice, astfel încât nu mai pot înțelege sau controla corect acțiunile sau inacțiunile lor. În situația în care se constată un pericol pentru societate, datorat bolii mintale sau dependenței de substanțe, făptuitorul este obligat, prin decizie judiciară, să fie privat de libertate și internat într-o unitate sanitară. Măsura internării medicale poate fi aplicată prin constrângere, iar persoana internată este obligată să urmeze tratamentul necesar. Măsura se aplică pe o perioadă nedeterminată, fiind valabilă până la recuperarea sau vindecarea făptuitorului [115, p. 592] [110, p.171-182].

Conform legislației penale a RM, instituțiile în care se aplică măsurile de constrângere cu

caracter medical sunt clasificate în două categorii:

- 1) instituții psihiatrice cu supraveghere normală;
- 2) instituții psihiatrice cu supraveghere strictă.

Tipul instituției psihiatrice în care va fi internat individul este determinat de instanța de judecată în temeiul concluziilor formulate de experții psihiatri, pe baza concluziilor experților psihiatri, care sunt transmise în formă scrisă, conform normelor procedurii penale, având în vedere gravitatea faptei comise și pericolul pe care îl reprezintă persoana pentru societate. După internare, aceste persoane sunt supuse unui control medical continuu și intens. Astfel, conform legii (art. 99 CP RM [26]), măsurile de siguranță cu caracter medical au atât un aspect juridic, cât și unul medical.

Aceste dispoziții sunt implementate de către unitățile medicale aparținând autorităților responsabile de protecția sănătății. Spitalizarea se dispune atunci când făptuitorul suferă de o boală mintală sau de toxicomanie și se află într-o stare care reprezintă un pericol social pentru societate [231]. Caracterul sancționator al acestei măsuri constă în internarea obligatorie, deci în privarea de libertate impusă de instanțele judiciare, într-un institut medical, unde persoana va beneficia de un tratament adecvat. Măsura este aplicată pe termen nedeterminat și se menține până la însănătoșirea persoanei; dacă se constată o ameliorare semnificativă, aceasta poate fi înlocuită cu obligarea la tratament medical [231]. Conform legislației penale din Rusia, ca măsură de constrângere cu caracter medical față de persoanele bolnave psihic care au comis infracțiuni, poate fi utilizată internarea într-un spital de tip special.

În spitalul cu caracter general, persoanele care, din cauza stării lor psihice și a faptei sociale periculoase comise, necesită îngrijire medicală și tratament forțat, sunt internate prin decizia instanței de judecată. Spitalizarea într-o unitate psihiatrică sub monitorizare standard poate fi dispusă de instanță pentru un instabil psihic care, din cauză condiției sale mintale și naturii acțiunii comise și a caracterului faptei comise, necesită îngrijire spitalicească și tratament în condiții de supraveghere uzuală (art. 100 din CP al RM [26]). Aceste unități psihiatrice cu monitorizare standard reprezintă secții de psihiatrie sau alte unități medicale care acordă asistență psihiatrică. Deși intervențiile coercitive de natură medicală nu reprezintă scopul principal al acestor secții, ele tratează, pe lângă persoanele care sunt supuse măsurilor de constrângere, și alți pacienți care beneficiază de tratament general, conform legislației în vigoare privind asistența psihiatrică [43]. Regimul acestor staționare psihiatrice este unul închis, dar nu implică o supraveghere constantă și continuă. Astfel, atunci când se stabilește această măsură, se iau în considerare condițiile stării persoanei, pentru a se asigura că aceasta poate rămâne în staționar și

poate beneficia de tratament fără a fi necesare dispoziții adiționale de protecție. De obicei, această măsură nu se aplică indivizilor care au săvârșit fapte violente împotriva altor persoane și prezintă tendințe agresive.

Spitalizarea într-o unitate psihiatrică cu monitorizare strictă este impusă persoanelor cu tulburări mintale care, din cauza stării lor psihice și a gravității faptei săvârșite, reprezintă un pericol semnificativ pentru societate și au nevoie de tratament în condiții de supraveghere strictă. Această măsură se implementează în condiții care previn comiterea de noi infracțiuni de către persoana în cauză (alin. (2) și (3) ale art. 100 din CP al RM [26]). Astfel, măsura implică un regim special de supraveghere intensă, care include măsuri de prevenire a evadării, protecție împotriva comiterii altor infracțiuni și tratamente specifice pentru prevenire și reabilitare. Persoanele internate în astfel de instituții necesită o supraveghere constantă și severă, având în vedere natura gravă a infracțiunilor comise, precum și riscurile comportamentale asociate (*tendințe criminale, agresivitate, etc.*), ceea ce face imposibilă reabilitarea și tratamentul într-un regim de supraveghere obișnuită.

Spitalizarea într-o unitate psihiatrică sub monitorizare standard poate fi ordonată de către instanța de judecată pentru o persoană cu tulburări mintale, care, din cauza stării sale psihice și a gravității faptei comise, necesită tratament și îngrijire medicală într-un mediu de monitorizare obișnuită.

Spitalizarea într-o unitate psihiatrică cu monitorizare strictă poate fi ordonată de instanța de judecată pentru o persoană cu tulburări mintale care, datorită condiției sale psihice și a severității faptei săvârșite, constituie o amenințare majoră pentru societate și necesită tratament și îngrijire într-un mediu cu supraveghere strictă. Conform Legii nr. 1402 din 16.12.1997 [43], instituțiile psihiatrice care oferă asistență psihiatrică sunt garantate și finanțate de stat, prin fondurile pentru ocrotirea sănătății și asigurările medicale, dar și din alte surse legale.

Spitalizarea se dispune prin decizia instanței, conform art. 100, și se desfășoară cu restricții minime pentru siguranța pacientului și a celor din jur.

Dacă măsura medicală devine inadecvată, instanța poate decide încredințarea pacientului familiei sau îngrijitorilor, dar sub supraveghere medicală (art. 101 alin. (4) CP al RM [26]).

Indicatorul principal pentru suspendarea aplicării măsurilor coercitive de natură medicală constau în primul plan din însănătoșirea persoanei. Totuși, nu întotdeauna se poate vorbi despre o însănătoșire completă a unui alienat mintal. De obicei, există o schimbare a stării de sănătate a bolnavului, în sensul că tulburările psihice nu mai reprezintă un pericol pentru persoana respectivă sau pentru alții, sau nu mai sunt asociate cu riscul producerii unui prejudiciu

semnificativ. În multe cazuri, starea psihică a pacientului se îmbunătățește ca urmare a tratamentului sau a măsurilor de reabilitare. Totuși, în unele situații, diminuarea probabilității de a comite fapte periculoase nu este cauzată de o îmbunătățire, ci de agravarea stării clinice a dereglării psihice. Dacă aceste schimbări sunt stabile, ele constituie un temei pentru a analiza și a rezolva problema revocării măsurilor de constrângere cu caracter medical, pe baza faptului că scopul acestora a fost atins [276].

Conform art. 466 din CPP al RM [30], hotărârile instanțelor penale devin executorii din momentul în care au rămas definitive. Aceasta reprezintă regula generală în procesul de executare, care se realizează în faza procesuală a executării. Totuși, există situații expres prevăzute de lege, în care anumite hotărâri, chiar dacă nu sunt definitive, devin executorii ca excepție de la această regulă generală.

După rămânerea definitivă a hotărârii privind tratamentul medical obligatoriu, o copie a dispozitivului și a raportului medico-legal este trimisă direcției sanitare din județul de domiciliu al persoanei vizate (art. 499 CPP RM [26]).

Persoanele menționate în art. 288 CPP RM trebuie anunțate din timp despre data și locul ședinței judiciare, dacă există temeuri pentru examinare. Conform art. 298 alin. (3) CPP RM [26], cauza se prezintă în ședință doar dacă este necesară aplicarea măsurilor de constrângere medicală sau o anchetă suplimentară.

Dacă, expertiza psihiatrică indică o tulburare mintală temporară ce împiedică evaluarea stării psihice la momentul faptei, dosarul se suspendă până la clarificare. În caz de iresponsabilitate sau boală psihică ulterioară, instanța stabilește circumstanțele și decide asupra răspunderii penale, măsurilor medicale sau încetării dosarului.

Dacă în timpul dezbaterii dosarului, care a fost primit cu rechizitoriu, apar motive pentru a considera că persoana în cauză ar putea fi recunoscută iresponsabilă sau că a dezvoltat o boală mintală după comiterea faptei, instanța poate încheia dezbaterile fără a returna dosarul pentru cercetări suplimentare. În acest caz, trebuie respectate regulile stabilite de art. 299 CPP al RM [30]. Dacă dosarul a fost deja supus unei anchete penale, acesta trebuie returnat pentru efectuarea cercetărilor suplimentare.

Dacă mai multe persoane săvârșesc o faptă periculoasă din punct de vedere social, prevăzută de legea penală, instanța are competența de a analiza simultan responsabilitatea fiecărei persoane și de a decide aplicarea măsurilor de constrângere medicală pentru cei care au comis fapta în stare de iresponsabilitate sau care au dezvoltat o afecțiune psihică ulterioară. În astfel de situații, hotărârea referitoare la responsabilitatea fiecărei persoane și decizia privind

aplicarea măsurilor de constrângere medicală sunt pronunțate simultan. Dacă nu este posibilă examinarea comună a dosarelor, măsurile de constrângere medicală se examinează separat.

Instanța poate cita persoana vizată pentru identificare de către victime sau martori ori dacă există dubii privind concluziile expertizei psihiatrice.

Măsurile de constrângere medicală nu pot fi impuse unei persoane care a comis o faptă în stare de iresponsabilitate, întrucât răspunderea penală intervine doar dacă aceasta a fost anterior avertizată, sancționată administrativ sau supusă unei măsuri de influență socială. În cazul acestor persoane, dosarele trebuie suspendate, deoarece fapta nu îndeplinește elementele constitutive ale infracțiunii. Instanța informează autoritățile din domeniul sănătății despre hotărârea luată, pentru a organiza supravegherea și tratamentul necesar. Dacă nu se stabilește iresponsabilitatea persoanei sau dacă boala acesteia nu justifică excluderea aplicării măsurilor penale, instanța va restitui dosarul pentru anchetă suplimentară.

Dacă nu se dovedește săvârșirea faptei social periculoase de către persoana aflată în fața instanței sau dacă se stabilesc circumstanțe care nu sunt reglementate de art. 5 CPP al RM [30], instanța va dispune, printr-o decizie, închiderea dosarului, indiferent de prezența și natura bolii persoanei, informând autoritățile de sănătate despre această decizie. Stabilirea tipului de spital de boli mintale necesar pentru tratarea persoanei recunoscute iresponsabile și care necesită tratament forțat revine instanței, nu expertizei judiciare psihiatrice.

Trimiterea la tratament forțat a unei persoane care a săvârșit o faptă social periculoasă în timpul executării pedepsei într-o colonie de corecție se face doar pe baza unei decizii judecătorești. În cazul în care o persoană eliberată anterior de pedeapsă și trimisă la tratament forțat din motivul unei afecțiuni mintale este ulterior recunoscută ca iresponsabilă, instanța trebuie să examineze dosarul în ședință și să decidă asupra eliberării de răspunderea penală și aplicării măsurii de constrângere medicală. Dacă perioada de aplicare a măsurilor de constrângere medicală și datele privind supravegherea staționară medicală suscită dubii cu privire la boala psihică și la temeinicia recunoașterii persoanei ca iresponsabile, dosarul trebuie reexaminat.

Așadar, conform legislației penale, este necesar să se stabilească în mod clar metoda de aplicare a fiecărei măsuri de siguranță medicală [191]. Măsura de protecție privind impunerea tratamentului medical, stabilită printr-o decizie irevocabilă, se pune în aplicare prin transmiterea unei copii a dispozitivului și a raportului medico-legal către direcția sanitară din zona de reședință a persoanei în cauză. Direcția sanitară va informa imediat persoana respectivă cu privire la unitatea medicală unde va primi tratamentul [58].

Măsurile aplicate persoanelor care au comis fapte social periculoase, dar care au dezvoltat o boală psihică după săvârșirea infracțiunii, sunt stabilite exclusiv de instanța de judecată. Astfel, doar instanța poate prelungi, înlocui sau înăspri măsurile cu caracter medical. Procuratura se ocupă cu supravegherea respectării legislației privind aplicarea acestor măsuri. Aceste măsuri sunt denumite de constrângere datorită caracterului lor medical, iar recomandările pentru aplicarea lor sunt formulate de comisia medico-psihiatrică, care include concluzii despre diagnosticul bolii psihice, alcoolismului sau narcomaniei. Instituțiile medicale corespunzătoare se ocupă de tratament, profilaxie și reabilitare socială. Deși au un conținut medical, aceste măsuri sunt și măsuri de securitate, aplicate în instituțiile care oferă tratament medical forțat. Astfel, scopul principal al măsurilor coercitive de natură medicală este tratamentul, nu pedeapsa penală, și sunt conform recomandărilor medicale pentru tratamentele specifice tulburărilor psihice, alcoolismului sau dependenței de droguri [176, p. 358].

Măsurile respective nu sunt destinate pedepsei sau represiunii, ci sunt aplicate în primul rând în interesul persoanei bolnave și nu au un termen prestabilit, deoarece este dificil de anticipat când persoana se va însănătoși sau când starea sa psihică se va normaliza, ceea ce ar face ca aplicarea măsurii să nu mai fie necesară.

Aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical este posibilă doar dacă există temeiuri legale și condițiile prevăzute de legislație sunt îndeplinite. Pentru a fi aplicate aceste măsuri, sunt necesare următoarele condiții [80, p. 234]:

- 1) făptuitorul trebuie să fi comis o faptă incriminată de legea penală;
- 2) persoana în cauză trebuie să fie diagnosticată cu o boală mintală, care o împiedică să își înțeleagă acțiunile sau inacțiunile și să le controleze, acest lucru fiind stabilit printr-un raport de expertiză psihiatrică, realizată atât în etapa judiciară, cât și în etapa de investigare penală;
- 3) boala mintală a făptuitorului trebuie să prezinte un pericol pentru societate, pericol care impune aplicarea măsurii respective;
- 4) măsura de constrângere medicală trebuie să fie atât indispensabilă, cât și bine fundamentată.

Aplicarea măsurilor de constrângere medicală se bazează pe pericolul social al persoanei, determinat de comportamentul său anterior și de starea sa psihică. De asemenea, trebuie luată în considerare posibilitatea comiterii unor acțiuni noi, social periculoase. Aceste măsuri pot fi aplicate doar dacă, în cadrul ședinței de judecată, se demonstrează că persoana a săvârșit o infracțiune cu caracter periculos pentru societate, stipulată de legislația penală, dar că aceasta a fost comisă de o persoană iresponsabilă sau de una care a suferit o boală mintală după săvârșirea

faptei. De asemenea, trebuie să fie stabilit că, din cauza comportamentului și a stării sale psihice, persoana rămâne periculoasă pentru societate. Deși fapta este prevăzută ca infracțiune în CP al RM [26], nu poate fi tratată ca o infracțiune în absența unui subiect activ de infracțiune care să fie răspunzător conform legii penale. Astfel, se discută despre comiterea unei fapte social periculoase de către o persoană, aflată în stare de iresponsabilitate. În premieră, CP al RM [26] prevede aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical și tratamentul forțat nu doar față de persoanele care au comis infracțiuni, ci și față de cele iresponsabile care au săvârșit fapte social periculoase. În aceste cazuri, persoana iresponsabilă nu poate fi considerată subiect activ al infracțiunii, fiind incapabilă să înțeleagă caracterul prejudiciabil al faptei sale sau să își controleze comportamentul [176, p. 356].

Faptele social periculoase comise de persoane cu tulburări psihice pot fi clasificate în funcție de motivațiile acestora, astfel [267, pp. 24- 40]:

1) Fapte comise sub influența iluziilor și halucinațiilor (acestea sunt de obicei cele mai periculoase, afectând viața, cum ar fi omorurile comise de până la 70% dintre persoanele cu schizofrenie care se află sub influența acestora);

2) Fapte comise de persoane cu afecțiuni psihice și iresponsabile din cauza unei judecăți greșite severe (*aceste persoane sunt, de obicei, cu oligofrenie, incapabile să aprecieze corect faptele și evenimentele, fiind responsabile în principal de furturi și acte de huliganism*);

3) Fapte comise din cauza slăbirii controlului asupra impulsurilor instinctuale (*persoanele afectate, care reprezintă aproximativ 8%, comit fapte legate de dorințe sexuale necontrolate*);

4) Fapte comise în urma degradării afective, caracterizate prin incapacitatea de a simți emoțional (*aceste persoane comit omoruri, acte de huliganism, leziuni corporale grave sau alte daune asupra sănătății*);

5) Fapte comise din cauza degradării conștiinței și lipsei unor motivații clare în comportament: în stări de conștiință afectate, cum ar fi cele provocate de epilepsie, alcoolism patologic sau alte stări similare (*ex. comiterea unui omor sau a unei fapte social periculoase într-un mod impulsiv, urmată de amnezie*).

Chiar dacă fapta unei persoane nu este apreciată ca fiind periculoasă din punct de vedere social, acest lucru nu exclude posibilitatea aplicării măsurilor de constrângere medicală. În situația în care persoana necesită tratament din cauza stării sale de sănătate, aceasta poate fi internată într-o instituție psihiatrică, conform reglementărilor referitoare la spitalizarea fără consimțământul liber, prevăzute de Legea privind asistența psihiatrică. Art. 28 al acestei legi

stipulează că o persoană poate fi spitalizată într-un spital de psihiatrie, chiar și fără acordul acesteia sau al reprezentantului său legal, dacă suferă de tulburări psihice. Dacă este identificată o tulburare psihică gravă, examinarea sau tratamentul acesteia poate avea loc exclusiv într-un spital, iar decizia poate fi adoptată doar pe baza unei hotărâri judecătorești, în următoarele condiții:

- a) este un pericol iminent pentru persoana respectivă sau pentru societate;
- b) persoana nu poate satisface singură necesitățile esențiale;
- c) se constată un prejudiciu grav asupra sănătății, iar persoanei i se va acorda asistență psihiatrică.

Un alt motiv pentru aplicarea măsurilor cu caracter medical este constatarea că persoana respectivă, la momentul săvârșirii faptei social periculoase, se află într-o stare de lipsă de responsabilitate. Totuși, după săvârșirea infracțiunii și la momentul pronunțării hotărârii judecătorești sau pe parcursul executării pedepsei, persoana a obținut o afecțiune psihică, care o împiedică să își înțeleagă propriile acțiuni sau să își controleze comportamentul [170, p. 360]. Literatura de specialitate evidențiază și un alt aspect pentru aplicarea măsurilor de constrângere medicală: prezența unor tulburări psihice de diferite grade de gravitate, care nu înlătură total responsabilitatea, ci o diminuează parțial. Aceste anomalii psihice includ, în principal, deviațiile structurale și funcționale stabile, provocate înainte sau în timpul nașterii, urme ale atacurilor organice ale sistemului nervos central de natură traumatică și altele. De asemenea, printre infractorii cu deviații psihice, care nu le exclud responsabilitatea sunt alcoolicii și narcomanii, mai rar epilepticii și schizofrenicii, în special cei aflați în ameliorare cronică, precum și persoanele care prezintă diverse tulburări cronice ale psihicului în momentul examinării [271, p. 78]. Scopul aplicării măsurilor cu caracter medical este de a îmbunătăți sănătatea persoanei iresponsabile prin tratament, fie că aceasta a devenit astfel în timpul procesului judiciar sau al executării pedepsei penale, pentru a elimina pericolul acțiunilor sale iresponsabile și a o proteja pe ea însăși față de societate.

Măsurile de constrângere medicală nu au un scop punitiv și nu se confundă cu tratamentele medicale obișnuite, care urmăresc exclusiv vindecarea. Ele vizează atât recuperarea persoanei, cât și prevenirea unor noi fapte periculoase, având obiective multiple de natură umană [274, p. 205]:

- a) vindecarea sau îmbunătățirea stării de sănătate a bolnavului, astfel încât acesta să înceteze să mai prezinte un pericol pentru ceilalți;
- b) prevenirea comiterii de noi fapte socialmente periculoase de către persoana respectivă,

atât pe durata tratamentului, cât și după încheierea acestuia;

c) asigurarea siguranței bolnavului, în special în cazurile în care acesta atacă pe cineva, iar persoana atacată trebuie să se apere, fiind în stare de legitimă apărare;

d) aplicarea măsurilor de reabilitare socială, prin ajutarea bolnavului să dobândească abilitățile necesare pentru a trăi în societate, în limita posibilităților oferite de instituțiile medicale care asigură tratamentul forțat.

Este de menționat e faptul că pentru prima oară, în cadrul legislației interne, în art. 101 alin (1) CP al RM [26] a fost introdus dreptul persoanei supuse tratamentului sau al reprezentantului său de a solicita unei instituții medicale independente un aviz privind starea de sănătate a persoanei față de care se aplică măsuri coercitive de natură medicală. Raportul de expertiză psihiatrică, alături de recomandările instituției medicale independente, vor fi avute în vedere la determinarea regimului instituției psihiatrice sau în cadrul evaluării deciziei de a nu aplica această măsură, după analiza tuturor materialelor și probelor din dosar, în conformitate cu procedurile judiciare specifice acestor cauze. Iar art. 101 alin. (3) CP al RM [26] prevede situația în care instituția psihiatrică în care se află persoana tratată emite un aviz privind starea de sănătate sau schimbările semnificative ale acesteia, aviz care poate justifica fie continuarea măsurii aplicate, fie încetarea acesteia.

Potrivit art. 101 CP al RM [26], în conformitate cu dispozițiile legale, decizia luată de instanță poate fi contestată prin căile de atac de către persoana spitalizată, reprezentantul acesteia, directorul staționarului de psihiatrie sau procuror. Durata măsurilor de constrângere cu caracter medical nu este specificată în hotărârile instanței atunci când acestea sunt stabilite, prelungite sau modificate.

Potrivit prevederilor art. 102 CP al RM [26], perioada de aplicare a acestor măsuri este determinată în funcție de evoluția stării de sănătate a persoanei. Dacă după comiterea infracțiunii sau pe parcursul executării pedepsei aceasta dezvoltă o afecțiune psihică ce o face incapabilă să-și înțeleagă acțiunile sau să le controleze, instanța poate dispune aplicarea unei pedepse penale după recuperare, cu condiția ca termenul de prescripție să nu fi expirat și să nu existe alte motive care să justifice exonerarea de răspundere penală sau de pedeapsă.

3.7. Minorul și iresponsabilitatea

Pe parcursul vieții, de la copilărie la bătrânețe, o persoană trece prin transformări fizice și psihice semnificative. Dezvoltarea psihică este uniformă în primul an, se diversifică în copilărie, atinge maturitatea în tinerețe și viață adultă, iar apoi începe un proces de regresie.

Printre concepțiile care au contribuit la conturarea unei viziuni integraliste privind toate ciclurile vieții poate fi nominalizată, în primul rând, cea a reprezentantului psihologiei abisale S. Freud [169, p.19].

Inspirat de la filosoful J. J. Rousseau, care vedea pubertatea ca o „*a doua naștere*”, psihologul Stanley Hall consideră adolescența o perioadă de criză profundă, marcată de dezechilibre și dificultăți de adaptare. Ruptura de copilărie generează tulburări afective și comportamentale, adolescentul respingând identitatea de copil și încercând să-și construiască una nouă, specifică lumii adulților.

Criza juvenilă nu definește adolescența, ci marchează tranziția dintre psihologia copilului și cea a adultului, având manifestări variabile. Privarea senzorială și motorie poate accentua distorsiunile comportamentale, mai ales dacă apare la vârste tinere. Lipsa unei strategii clare face ca adolescenții să nu gestioneze responsabil dificultățile sociale, ceea ce impune analiza criminalității în funcție de vârstă și contextul legislativ, social și cultural [91, p. 215-323].

Adolescența se caracterizează prin dependență economică și afectivă, iar prelungirea școlarizării tergiversează maturizarea socială. Instabilitatea emoțională poate duce la comportamente impulsive, violente sau nonconformiste. În medii nefavorabile, adolescenții pot manifesta devianțe precum minciuna sau vagabondajul, iar tulburările comportamentale netratate pot afecta dezvoltarea pe termen lung.

Fiind ultima etapă a copilăriei, adolescența este esențială pentru formarea individualității și stabilizarea personalității. Transformările biologice, intelectuale și afective influențează integrarea socială, iar relațiile familiale sunt puternic impactate. Pentru a înțelege comportamentul adolescentin și a preveni delincvența, trebuie analizate influențele mediului și anturajului.

Dezvoltarea biopsihosomatică a copiilor și adolescenților necesită dependență față de familie și societate, atât material, cât și educațional. Deficiențele în aceste aspecte pot afecta negativ comportamentul și evoluția minorilor. Această realitate justifică un statut juridic distinct față de adulți, reflectat în reglementările legale [235, p.16]:

- a) ocrotirea intereselor minorilor;
- b) sistemul educațional;
- c) răspunderea juridică.

Răspunderea juridică a minorilor depinde de vârsta la care aceștia pot distinge binele de rău și acționa conștient. Aceasta determină momentul în care devin responsabili legal pentru faptele lor. Pentru a fi subiect al unei infracțiuni, o persoană trebuie să îndeplinească anumite condiții [247, p.248]:

- a) vârsta cerută de lege;
- b) responsabilitatea;
- c) libertatea de hotărâre și de acțiune.

Legea penală stabilește că *persoana poate fi supusă răspunderii penale numai cu o condiție obligatorie – că ea a împlinit vârsta de la care există capacitatea de răspundere penală.*

Stabilirea unei vârste minime pentru răspunderea penală este esențială, deoarece aceasta determină capacitatea persoanei de a-și înțelege și controla acțiunile. Tragerea minorilor la răspundere penală este considerată inadmisibilă și dăunătoare. Legiuitorul a luat în calcul dezvoltarea psihofizică și psihologia vârstelor pentru a stabili acest prag. Deși copiii înțeleg unele interdicții juridice, răspunderea penală presupune capacitatea de a judeca corect și de a evalua consecințele faptelor. Doar atunci pedeapsa penală își poate atinge scopul.

Conform art. 21 CP al RM [26], răspunderea penală începe la 14 ani pentru infracțiuni grave și la 16 ani pentru cele ușoare. Vârsta minorului se stabilește oficial, iar în lipsa documentelor, prin expertiză medico-legală. Responsabilitatea penală presupune capacitatea de a înțelege și a controla acțiunile, iar în caz de îndoială, se dispune expertiză psihiatrică.

Capacitatea de a înțelege faptele și a le controla distinge persoana responsabilă de cea iresponsabilă. Deși influențate de factori externi, acțiunile trec prin filtrul conștiinței. Fiind rațional, individul își adaptează comportamentul în funcție de scopurile sale. Astfel, legea penală folosește criterii juridice și psihologice pentru a incrimina o faptă, bazându-se pe libertatea de alegere a fiecăruia.

Dacă e să ne referim la cea de-a treia condiție – *libertatea de hotărâre și de acțiune*, vom menționa că autorul P. J. Proudhon susține că există multe sensuri ale noțiunii de libertate:

- a) lipsa violenței, a jugului sau a presiunii și, în acest sens, omul este liber, dacă într-o împrejurare sau alta are posibilitatea să aleagă una dintre acțiuni;
- b) liber este omul a cărui voință este neinfluențată;
- c) omul și libertatea nu se exclud reciproc;
- d) libertatea este lipsa oricărei constrângeri.

Potrivit autorului S. Kierkegaard, omul se confruntă mereu cu o alegere inevitabilă, un „*sau-sau*” absolut, fiind pus în situația de a decide. Libertatea și însăși existența sa sunt determinate de această opțiune. Autorul K. Jaspers [168, p.123] întărește această idee afirmând că existența individului este condiționată de capacitatea sa de a alege: „*Atât timp cât aleg, exist; dacă nu aleg, încetez să exist.*” Conform autorului Sartre J. [222], existența se manifestă prin acțiune, întrucât „*a fi*” presupune o activitate continuă, iar renunțarea la acțiune echivalează cu

încetarea existenței. Libertatea se concretizează prin alegerea și asumarea unei acțiuni realizate în mod voluntar.

O concepție inedită asupra libertății o formulează marele istoric român N. Iorga. El e de părere că noțiunea de libertate nu trebuie să fie fundamentată pe concepte generale, ci să derive din capacitatea fiecărui individ de a se exprima în mod natural și autentic. Libertatea nu este un dat, ci rezultatul activităților umane bazate pe cunoaștere. Filosoful Kant o definește ca fiind libertatea maximă care nu afectează drepturile celorlalți, subliniind că aceasta nu poate exista în izolare. Dintre condițiile responsabilității, vârsta este esențială, deoarece marchează momentul în care individul dobândește capacitatea de a înțelege și a controla propriile acțiuni.

Un anturaj deosebit de important al determinării vârstei răspunderii penale a infractorilor minori îl constituie relația contradicție dintre două tendințe [243, p.18]:

a) în toate sistemele legislative se observă o tendință de creștere a vârstei minime de la care poate fi angajată răspunderea penală.

b) în sens opus, tendința minorilor înșiși de a deveni tot mai precoci, datorită mijloacelor tehnice de informare și culturalizare. Or, precocitatea copiilor se manifestă și în plan infracțional, așa-numita „*delicvență juvenilă*” prezentând în statisticile judiciare nu numai o creștere numerică, ci și o evidentă diferențiere a formelor calitative, sub care se manifestă și care îi conferă o periculozitate sporită (Tabelul 1. *Statistici privind comiterea de infracțiuni de către femei, în funcție de vârstă – mediul rural, 2000/2019*).

Prin termenul *delicvență juvenilă* se referă la totalitatea încălcărilor normelor sociale comise de minori și supuse sancțiunilor legale. [184, p.267].

Într-o perspectivă mai extinsă, *delincvența juvenilă* include atât faptele comise de minori, cât și cele ale „*tinerilor adulți*”, adică persoane care au trecut de majorat, dar nu au împlinit 25 de ani.

Dezvoltarea timpurie nu echivalează cu maturizarea psihică, conștiința minorilor rămânând fragilă. Astfel, „*tinerii adulți*” beneficiază de protecție juridică similară minorilor, iar precocitatea nu influențează răspunderea penală. Vârsta responsabilității penale diferă între state, fiind determinată de factori economici, sociali și educaționali. Criminologia accentuează importanța prevenției și educației în reducerea *delincvenței juvenile*, mai degrabă decât aplicarea sancțiunilor.

Fr. Cleasc, în cadrul celui de-al VI-lea Congres al Națiunilor Unite, a relatat că reacția socială împotriva *delicvenței juvenile* înregistrează două opinii contrare: unii susțin că *delicvenții* trebuie încredințați grijii administrației; alții, din contra, susțin aplicarea constantă a

justiției pentru minori, argumentând că implicarea judecătorului și procedura specifică oferă minorilor o protecție eficientă a drepturilor lor fundamentale.

ONU și organismele sale specializate au manifestat o preocupare constantă față de minorii care săvârșesc fapte antisociale și au recomandat statelor membre un comportament adecvat, îndeosebi în privința reacției sociale ce se organizează în raport cu aceștia, reacție ce vizează, pe de o parte, sancțiunile ce se pot aplica și, pe de altă parte, măsurile de prevenire, de reeducare și reintegrare socială.

Convenția privind Drepturile Copilului [7], adoptată de ONU în 1989 și semnată de RM în 1990, subliniază protecția generațiilor viitoare. Aplicarea sa se realizează prin acte normative care susțin obiectivele ONU privind drepturile copilului. Statele semnatare, inclusiv RM, trebuie să își armonizeze legislația cu prevederile Convenției și să adopte măsuri concrete pentru implementarea acesteia.

Faptele comise de minori prezintă un pericol social mai redus decât cele ale adulților, motiv pentru care minoritatea justifică un regim sancționator distinct, nu o scuză atenuantă. Astfel, accentul se pune pe prevenția infracționalității juvenile, atât înainte, cât și după comiterea faptelor.

Minorii comit frecvent fapte antisociale din impuls, fără a conștientiza pe deplin consecințele acestora. Din acest motiv, reținerea și tragerea lor la răspundere penală trebuie făcute cu precauție, evitând măsuri excesive care le pot influența negativ comportamentul viitor. Este esențială diferențierea dintre greșelile copilărești și infracțiunile intenționate.

Legislația penală română interzice aplicarea pedepsei complementare a interzicerii unor drepturi minorilor, prevenind astfel repercusiuni asupra vieții lor de adulți (*art.109 alin.3 CP al României* [36]). Totodată, infracțiunile comise de un major împreună cu un minor sunt considerate agravante, deoarece implică atragerea minorului în infracționalitate. Această circumstanță nu se aplică dacă participanții au acționat independent.

De asemenea, minorii nu pot primi detențiune pe viață, iar pentru cei sub 18 ani, pedeapsa privativă de libertate nu poate depăși 15 ani. Aceste măsuri vizează protejarea minorilor și prevenirea exploatării lor de către adulți în activități infracționale.

Condamnările penale săvârșite în perioada minorității nu atrag starea de recidivă (*art.24 CP al RM* [26]). Se cere ca starea de minoritate să existe la momentul săvârșirii faptei, și nu atunci când hotărârea de condamnare a rămas definitivă, ori când pedeapsa s-a stins prin executarea sa definitivă sau în alt mod, deoarece acestea pot interveni după ce infractorul a devenit major.

Minorul răspunde penal de la 16 ani, deoarece până atunci nu are suficientă maturitate pentru a conștientiza pe deplin consecințele faptelor sale. Dacă instanța consideră că un minor sub 18 ani, care a comis o infracțiune cu pericol redus, poate fi reeducat fără pedeapsă penală, se pot aplica măsuri educative, iar cazul poate fi trimis Comisiei pentru minori.

În legislația română, minorii între 14 și 16 ani răspund penal doar dacă se dovedește că au discernământ, stabilit prin expertiză medico-legală. Această evaluare se face individual, indiferent de faptele anterioare.

Stabilirea vârstei de 14 ani pentru răspunderea penală nu garantează automat existența discernământului, întrucât minorii nu au încă maturitatea necesară pentru a înțelege pe deplin faptele comise. Dacă discernământul este dovedit, minorul răspunde penal într-o măsură redusă față de un adult, având în vedere dezvoltarea sa incompletă.

3.8. Concluzii la capitolul 3

1. Autoritățile competente și persoanele abilitate au obligația de a realiza o examinare promptă, completă, obiectivă și detaliată a tuturor circumstanțelor, acordând o atenție specială protejării drepturilor și intereselor legitime ale persoanelor care au comis fapte socialmente periculoase. În cazul acestora, urmărirea penală poate fi suspendată condiționat, însă, în practică, astfel de persoane sunt adesea supuse expertizei psihiatrice legale și rămân în arest pentru perioade îndelungate, în așteptarea unei decizii judiciare care să permită eliberarea lor și trimiterea la tratament. Această situație poate constitui o încălcare gravă a art. 3 din CEDO. În hotărârile sale, CEDO a precizat că dreptul la un proces echitabil nu obligă instanțele naționale să numească experți suplimentari la solicitarea apărării, în situația în care expertiza dispusă de instanță susține concluziile procurorului. Cu toate acestea, CEDO interpretează art. 6, §3, litera d) și în situațiile în care există dovezi obiective că expertul desemnat îndeplinește un rol comparabil cu cel al unui martor al acuzării. Responsabilitatea presupune un anumit nivel de maturitate și conștientizare din partea persoanei, precum și o stare bio-psihică care să-i permită să înțeleagă semnificația acțiunilor sale și să-și regleze comportamentul într-un anumit mod. Expertizele joacă un rol crucial în cazurile care implică minori. După cum este cunoscut, stabilirea vârstei sau a stării psihice este prevăzută obligatoriu prin lege, iar expertizele sunt necesare nu doar în aceste cazuri, ci și în alte situații, cum ar fi evaluarea discernământului, un factor esențial pentru determinarea responsabilității penale.

2. Expertiza medico-legală psihologic-judiciară analizează afectul fiziologic pentru a stabili dacă subiectul își putea controla acțiunile și conștientiza fapta comisă. Trăirile intense pot

influența comportamentului, uneori generând iresponsabilitate totală. Aceste expertize sunt realizate la solicitarea organelor judiciare, iar psihiatria judiciară are un rol auxiliar în justiție. Legea prevede cazurile obligatorii de expertiză psihiatrică, inclusiv pentru evaluarea discernământului și determinarea vârstei.

3. Afectul poate fi patologic sau fiziologic, însă doar cel patologic exclude responsabilitatea persoanei. Responsabilitatea redusă nu trebuie confundată cu afectul fiziologic, care poate fi declanșat și prin provocarea victimei, inclusiv dacă aceasta este sănătoasă psihic. Totuși, în cazul unor afecțiuni preexistente, provocarea poate genera un afect patologic, considerat o stare de iresponsabilitate, dacă acest aspect este confirmat prin expertiza medico-legală psihiatrică.

4. Art. 23 din CP al RM [26] nu reglementează tratamentul prin constrângere până la ieșirea din episod psihotic și rezolvarea responsabilității sau iresponsabilității persoanelor care au suferit o boală psihică după comiterea infracțiunii. Există cazuri în care bolnavii psihici, acuzați de infracțiuni ușoare, nu reprezintă un pericol social. Textul nu este complet în raport cu prevederile art. 95 alin. (2) din CP al RM [26], întrucât nu tratează cazul în care persoana, după săvârșirea infracțiunii sau în timpul executării pedepsei, dezvoltă o afecțiune psihică gravă care o împiedică să își execute pedeapsa. O posibilă modificare legislativă ar putea prevedea ca instanța de judecată să dispună eliberarea de la executarea pedepsei a persoanei care, înainte de săvârșirea infracțiunii sau în timpul executării pedepsei, dezvoltă o boală gravă.

5. Legislația procesuală penală actuală, care reglementează investigarea faptelor socialmente periculoase comise de persoane declarate iresponsabile și aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical, nu acoperă în totalitate anumite aspecte. Această lacună necesită clarificări aplicative, iar lipsa de coerență poate conduce la încălcarea art. 3 și 7 din CEDO.

6. În literatura de specialitate, se admite aproape unanim că, chiar și în situația unei beții premeditate, dacă infracțiunea săvârșită nu corespunde intenției inițiale a autorului, acesta va fi tras la răspundere pentru o faptă comisă din imprudență, și nu pentru una intenționată, atâta timp cât nu a anticipat sau nu a acceptat riscul producerii acesteia în momentul în care și-a indus starea de iresponsabilitate. Aceasta reflectă corect esența subiectivă a răspunderii penale.

7. Este esențial să se țină evidența persoanelor care au fost supuse tratamentului medical prin constrângere și apoi eliberate după comiterea unei infracțiuni. De asemenea, este importantă implicarea psihologilor și psihiatrilor în tratarea bolnavilor psihici, cum ar fi psihopații, care, deși suferă de tulburări psihice, pot fi considerați responsabili penal. Pentru a preveni infracțiunile comise de persoanele cu dizabilități psihice, trebuie să se monitorizeze aceste persoane încă de la

diagnosticarea lor și să se creeze un registru național sau regional al acestora, inclusiv al tipului de tulburare psihică, chiar dacă nu au comis încă infracțiuni. Astfel, măsurile de constrângere medicală nu au scopul unei pedepse penale, ci sunt orientate către tratamentul bolii și protecția societății.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

Ca rezultat al cercetării prezentei teze de doctorat: a fost analizată legislația RM și cea internațională privind fundamentarea instituțională a conceptului juridic de iresponsabilitate (a se vedea cap. 1, p. 23-47); identificată și clarificată corelația dintre iresponsabilitatea penală și cauzele care exclud caracterul penal al faptei [p. 57-59], precum și a fost realizată interpretarea doctrinară a acestora (a se vedea cap. 2, p. 48); au fost definite granițele conceptuale dintre răspunderea penală, responsabilitate, iresponsabilitate și responsabilitate redusă în dreptul penal [p. 48-57]; analizată iresponsabilitatea penală în contextul consumului de droguri, alcool sau al persoanelor minore lipsite de discernământ [p. 153-158]; examinat modul de desfășurare a serviciilor de asistență psihiatrică în RM [p. 119-129]; identificate etapele evaluării medico-legale psihiatrice a adulților, precum și a aspectelor procedurale penale referitoare la expertiza judiciară în cazurile de iresponsabilitate penală și responsabilitate diminuată [p. 90-100]; examinată conduita disimulată dintr-o perspectivă medico-legală, având în vedere tulburările de personalitate, criteriile de diagnosticare, intoxicația cu substanțe toxice, minoratul, stările afective și alte elemente relevante [p. 138-152]; formulate recomandări pentru ajustarea legislației penale, în vederea creșterii eficienței justiției penale în cazurile implicând persoane ireponsabile sau cu responsabilitate redusă [p.161-163].

Cercetarea multilaterală a subiectului tezei de doctorat a condus la soluționarea problemei științifice de importanță majoră, și anume: întemeierea științifică a conceptului iresponsabilității penale prin prisma ajustării legislației penale naționale în concordanță cu reglementările Uniunii Europene, stabilind limitele acestea în raport cu persoana infractorului, în contextul diferenței dintre normalitate și patologie, corelând-o cu responsabilitatea redusă, starea de afect și problematica iresponsabilității în cazul consumului de droguri sau alcool, precum și în cazul minorilor lipsiți de discernământ.

Ca rezultat al cercetărilor efectuate în cadrul tezei de doctorat, se pot formula următoarele concluzii generale:

1. În legislația penală din România și RM, răspunderea penală a persoanelor fizice se bazează pe subiectivitate, ceea ce înseamnă că pedeapsa poate fi aplicată doar dacă fapta a fost comisă cu vinovăție. Responsabilitatea presupune un nivel adecvat de dezvoltare cognitivă și emoțională, permițând individului să înțeleagă semnificația și consecințele acțiunilor sale. Aceasta reprezintă o condiție esențială, pe lângă vârsta și libertatea de acțiune, pentru stabilirea vinovăției penale, întrucât persoana trebuie să aibă capacitatea de a-și coordona comportamentul conform normelor legale și morale [p. 57-59].

2. Iresponsabilitatea penală este considerată un element care înlătură vinovăția, componentă fundamentală a infracțiunii, având rolul de a justifica actul (neimputabilitate). Unele cauze au efecte „*in rem*”, iar altele „*in personam*” fiind considerate cauze de nevinovăție. Acestea nu trebuie confundate cu alte cauze sau stări care duc la eliberarea de răspunderea penală, la reducerea pedepsei sau la anularea răspunderii penale și a consecințelor condamnării. O persoană care se află în stare de iresponsabilitate la momentul săvârșirii unei fapte prevăzute de legea penală nu poate fi calificată drept subiect al infracțiunii [p. 83-87].

3. Stabilirea iresponsabilității penale a unei persoane este o chestiune juridică, doar instanța de judecată are autoritatea de a declara o persoană iresponsabilă din punct de vedere penal. Există un complex de probleme specifice procedurii penale în cazurile care implică persoane cu anomalii psihice, care necesită o abordare adecvată. Este important să se realizeze investigații adiționale privind iresponsabilitatea penală, care cuprind aspecte legate de expertiza psihologico-judiciară și componentele asociate ale acesteia, precum și analiza legislației internaționale aplicabile [p.90-100].

4. Este esențial să stabilim limite clare între responsabilitatea penală, iresponsabilitatea și responsabilitatea redusă. De asemenea, trebuie clarificate conceptele de „*persoană cu tulburări psihice*” și „*mecanisme psihice*” ale infractorului, în contextul diferenței dintre normalitate și patologii, pentru o înțelegere corectă a esenței acestora [p. 59-63].

5. Bolile și devianțele psihice au un impact semnificativ asupra comportamentului infracțional, influențând personalitatea criminalului și modul în care acesta comite infracțiuni. Deși nu toți bolnavii psihici devin infractori, o parte dintre aceștia sunt mai predispuși la criminalitate din cauza afectării sistemului lor nervos central. Aceștia percep realitatea distorsionată, prin prisma bolii lor, similar alcoolicii și toxicomanilor. Analizând fiecare tip de boală psihică, se poate concluziona că multe dintre acestea pot influența comportamentul criminal, iar identificarea acestora este esențială pentru înțelegerea responsabilității și iresponsabilității penale [p.100-118].

6. CP al RM nu reglementează trimiterea persoanelor la tratament prin constrângere până la ieșirea din starea psihotică, urmată de evaluarea responsabilității sau iresponsabilității celor care s-au îmbolnăvit psihic după comiterea infracțiunii. În context se impune necesitatea modificării art. 23 din CP al RM [p.90-100].

7. CP al RM nu reglementează în mod suficient situația în care o persoană, după comiterea infracțiunii sau în timpul executării pedepsei, dezvoltă o boală gravă, inclusiv de natură psihică, diferită de cea menționată la alin. (1), care împiedică executarea pedepsei, și care poate justifica

eliberarea acesteia de către instanța de judecată, fapt care implică necesitatea modificării art. 95 alin.(2) CP al RM [p. 130-137].

8. Este important să abordăm iresponsabilitatea penală în cazul persoanelor aflate în stare de afect, precum și în situațiile de consum de droguri și alcool, care pot induce această stare. De asemenea, este necesar să se aplice măsuri de constrângere medicală pentru astfel de cazuri, dar și pentru minorii lipsiți de discernământ. În acest context, trebuie realizate expertize psihologico-judiciare și psihiatrice pentru a stabili iresponsabilitatea penală și stările asociate acesteia. Este necesar să se stabilească nu doar caracterul afectului (*fiziologic sau patologic*), ci și diferențierea acestuia de alte manifestări patologice ale psihicului sau de alte manifestări emoționale care nu sunt întotdeauna asociate cu dereglări de comportament. Aceste dimensiuni trebuie apreciate în funcție de calitățile psiho-individuale ale subiectului sau manifestările psiho-fiziologice în momentul comiterii faptei, precum și comportamentul post-afectiv, care uneori se aseamănă cu starea de iresponsabilitate. Frecvent, persoanele aflate în astfel de situații sunt supuse unor evaluări psihiatrice legale și sunt ținute în arest pentru perioade îndelungate, în așteptarea unei decizii judiciare privind eliberarea lor și trimiterea la tratament. Aceasta constituie o încălcare a art. 3 din Convenția Europeană a Drepturilor Omului (*CEDO*) [p. 90-100].

9. Legislația procesuală penală actuală, care prevede cercetarea cazurilor de fapte comise de persoane recunoscute iresponsabile penal și aplicarea de măsuri de constrângere medicală, nu reglementează suficient anumite aspecte, ceea ce duce la încălcarea art. 7 din CEDO (a se vedea cap. 3, p.90-158).

Indicarea limitelor rezultatelor obținute, cu stabilirea problemelor rămase nerezolvate. Rezultatele care au fost obținute în teza noastră vor contribui la viitoare studii legate de iresponsabilitatea penală în domeniul criminologiei, psihologiei și psihiatriei judiciare în eficiența stabilirii stărilor de afect, a stărilor de intoxicație cu alcool și a aprecierii adecvate asupra aprecierii discernământului minorului.

Problema științifică importantă care a fost soluționată printr-o analiză amplă și integrată a iresponsabilității penale, oferă o perspectivă multidimensională asupra protecției juridico-penale a persoanelor cu dizabilități mintale și respectării drepturilor acestora, conform standardelor internaționale.

Analiza complexă a permis clarificarea și fundamentarea iresponsabilității penale, evidențiind rolul, condițiile și efectele acestei instituții juridice. Cercetarea de față contribuie la aplicarea corectă a legislației penale, în conformitate cu principiile subiective ce determină calificarea faptelor prejudiciabile.

Prezentul studiu a clarificat conceptul de iresponsabilitate în raport cu responsabilitatea, esențială pentru stabilirea vinovăției penale. De asemenea, a analizat responsabilitatea redusă în contextul reglementărilor privind vinovăția, oferind o abordare mai precisă și eficientă în aplicarea normelor juridice.

Recomandări cu caracter generic:

2. Este necesar să se introducă, în CP al RM conceptul de cauze de neimputabilitate. Se propune reglementarea a trei cauze care exclud responsabilitatea penală: iresponsabilitatea, beția și minoritatea, care vor fi considerate cauze de neimputabilitate. Acestea sunt justificate de necesitatea de a face distincția dintre cazurile care elimină caracterul penal al faptei și cauzele de neimputabilitate. Ca urmare, propunem de a completa CP al RM cu un capitol nou: „Capitolul III. CAUZE DE NEIMPUTABILITATE”, constituit din „Articolul 40/2. Iresponsabilitatea” și „Articolul 40/3. Intoxicația”.

3. Completarea CP al RM cu „Articolul 40/2. Iresponsabilitatea”, având următorul conținut:

„(1) Persoana care, în momentul comiterii unei fapte periculoase și prejudiciabile, se află într-o stare de iresponsabilitate și nu poate conștientiza sau controla acțiunile sale ca urmare a unei afecțiuni psihice tranzitorii, a unei boli mintale persistente ori altor stări patologice, nu va fi considerată responsabilă penal. Pe baza unei decizii judecătorești, pot fi aplicate măsuri de constrângere cu caracter medical.

(2) De asemenea, o persoană care a comis o infracțiune în stare de responsabilitate, dar ulterior s-a îmbolnăvit de o afecțiune psihică ce i-a afectat capacitatea de a conștientiza și controla propriile acțiuni înainte de pronunțarea sentinței, nu va fi pasibilă de răspundere penală. În baza unei decizii judecătorești, pot fi aplicate măsuri de constrângere cu caracter medical, iar după vindecare, persoana poate fi trasă la răspundere penală, cu condiția să nu existe alte obstacole legale.

(3) În cazul în care făptuitorul a provocat intenționat sau prin neglijență starea de iresponsabilitate, dorind, acceptând sau fiind capabil să prevadă infracțiunea, dar comițând-o ulterior în stare de iresponsabilitate, aceasta va fi tratată conform intenției sau imprudenței, în funcție de circumstanțe și de reglementările CP al RM”.

3. Se recomandă îmbunătățirea răspunderii penale în anumite cazuri prin includerea în legislația penală a unor reglementări care să abordeze exonerarea de răspundere penală în situații specifice, în special în cazurile de beție involuntară completă. Astfel, ar trebui să se prevadă excluderea aplicării dispozițiilor legii penale pentru persoanele aflate în stare de iresponsabilitate

din cauza consumului de alcool, care au săvârșit o infracțiune într-o stare tulburată a conștiinței. În acest sens, ar putea fi utilă inspirația din reglementările penale din România. Propunem completarea CP al RM cu „Articolul 40/3. Intoxicația” având următorul text:

„(1) Persoana care, în momentul comiterii unei fapte, nu putea să își conștientizeze acțiunile sau inacțiunile și nu le putea controla din cauza unei intoxicații involuntare cu substanțe psihoactive sau alcool nu va fi considerată imputabilă conform legii penale.

(2) Dacă intoxicația a fost voluntară, iar infracțiunea comisă diferă de intenția inițială a autorului, acesta va răspunde pentru o faptă comisă din imprudență și nu pentru o infracțiune intenționată, atâta timp cât nu a prevăzut sau nu a acceptat posibilitatea comiterii acesteia în perioada în care a provocat starea de iresponsabilitate.

4. Este necesară completarea art.23 din CP al RM a cazurilor de trimitere a persoanelor la tratament prin constrângere până la ieșirea din starea psihotică, urmată de evaluarea responsabilității sau iresponsabilității celor care s-au îmbolnăvit psihic după comiterea infracțiunii.

5. Reglementarea situației în care o persoană, după comiterea infracțiunii sau în timpul executării pedepsei, dezvoltă o boală gravă, inclusiv de natură psihică, diferită de cea menționată la alin. (1), care împiedică executarea pedepsei, și care poate justifica eliberarea acesteia de către instanța de judecată, fapt care implică necesitatea modificării. Propunem modificarea art. 95 alin.(2) CP al RM astfel: *„Persoana care, înainte sau după săvârșirea infracțiunii ori pe parcursul executării pedepsei, dezvoltă o boală gravă, alta decât cele prevăzute la alin. (1), și care face imposibilă continuarea executării pedepsei, poate fi liberată de aceasta prin decizia instanței de judecată.”*

6. Modificarea legislației procesuale penale prin includerea unui capitol separat în CPP al RM [30], intitulat *„Procedura penală particulară în situațiile referitoare la persoanele cu tulburări psihice care au săvârșit infracțiuni.”*

Sugestiile pentru direcțiile viitoare de cercetare privind tema abordată sau planul de cercetări de perspectivă:

1. Infracțiunile comise sub influența alcoolului și altor substanțe.
2. Starea de afect asociată cu infracțiunile violente.
3. Eroarea juridică și impactul acesteia asupra responsabilității penale.

Propunerile de utilizare a rezultatelor obținute în domeniile socio-cultural și economic sunt următoarele: punerea acestora în practica autorităților abilitate să aplice legea penală (*ofițeri de urmărire penală, procurori și judecători*); integrarea lor în activitatea legislativă pentru

îmbunătățirea continuă a cadrului normativ; utilizarea lor în procesul educațional al studenților, masteranzilor și doctoranzilor din Facultățile de Drept și Școlile Doctorale, precum și pentru formarea audiențelor Institutului Național al Justiției.

BIBLIOGRAFIE

I. Acte normative internaționale:

1. Actele Comitetului European pentru Cooperare Legală a stabilit ca prioritate a anului 1979 protejarea suplimentară legală a bolnavilor psihici. [online] [citată 2022-02-22]. Disponibil: <https://fra.europa.eu/en/publication/2011/legal-protection-persons-mental-health-problems-under-non-discrimination-law>
2. Case of Pelissier and Sassi versus France (25 March 1999). [online] [citată 2022-02-22]. Disponibil: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-58226%22%7D>
3. Case of Sejdic versus Italy (1 March 2006). [online] [citată 2022-02-22]. Disponibil: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-72629%22%7D>
4. Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale din 04.11.1950. [online]. [citată 2022-02-22]. Disponibil: https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_ron
5. Convenția asupra substanțelor psihotrope din 21.02.1971. În: *Monitorul Oficial* nr.341 din 30.12.1992. [online] [citată 2022-02-22]. Disponibil: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/31044>
6. Convenția contra traficului ilicit de stupefiante și substanțe psihotrope din 20.12.1988., privind promovarea cooperării între părți, astfel încât ele să poată combate cu mai mare eficacitate diversele aspecte ale traficului ilicit cu stupefiante și substanțe psihotrope, care au o amploare internațională. În: *Monitorul Oficial* nr.341 din 30.12.1992. [online] [citată 2022-02-22]. Disponibil: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/31045>
7. Convenția cu privire la Drepturile Copilului. [online] [citată 2022-02-22]. Disponibil: <https://www.unicef.org/moldova/media/1401/file/Conventia-cu-privire-la-drepturile-copilului.pdf>
8. Convențiile și Declarațiile Națiunilor Unite asupra mediului și dezvoltării (adoptate la Conferința de la Rio de Janeiro din 1992). [online] [citată 2022-02-22]. Disponibil: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/31355>
9. Convenția Internațională asupra eliminării și reprimării crimei de apartheid din 30.11.1973. În: *Buletinul Oficial* nr.64 din 17.07.1978. [online] [citată 2022-02-22]. Disponibil: <https://lege5.ro/Gratuit/he2demrv/conventia-internationala-asupra-eliminarii-si-reprimarii-crimei-de-apartheid-din-30111973->
10. Convenția nr.130 din 10.12.1984 împotriva torturilor și a altor forme de comportament și pedepse ori cu cruzime, inumane sau degradante. Publicat 30.12.1998 în *Tratate Internaționale*

- nr.1, art.130.[citat 2022-02-22].Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=115576&lang=ro
- 11.Convenția pentru prevenirea și pedepsirea infracțiunii de Genocid. Aprobata și propusă spre semnare și ratificare sau aderare de către Rezoluția 260 A (III) a Adunării Generale din 9 decembrie 1948. În vigoare: 12 ianuarie 1951, în conformitate cu articolul XIII.[online][citat 2022-02-22].Disponibil: <https://www.un.org/en/genocideprevention>
- 12.Convenția Unică asupra stupefiantelor din 30.03.1961 și Protocolul de modificare din 1972. În: *Buletinul Oficial nr.213 din 31.12.1973*. [online][citat 2022-02-22].Disponibil: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/51137>
- 13.Declarația Drepturilor Copilului. Proclamată prin Rezoluția 1386 (XIV) a Adunării Generale 20.11.1959.[online][citat 2022-02-22]. Disponibil:<https://www.salvaticopiii.ro/sites/ro/files/2023-11/327ef3da-c4d0-4fff-9f76-8cbcd20fa8c1.pdf?lang=ro-RO>
14. Declarația în urma lucrărilor Asociației Medicale Mondiale (AMM) publicate în cadrul celei de-a 47-a Adunări Generale, Bali, Indonezia.(1995).[online][citat 2022-02-22]. Disponibil:<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/>
15. Declarația Universală a Drepturilor Omului din 10.12.1948.[online][citat 2022-02-22].Disponibil: https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/rum.pdf
16. Declarația Universală pentru Eliminarea Definitivă a Foamei și Malnutriției 1958.[online][citat 2022-02-22].Disponibil:<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/universal-declaration-eradication-hunger-and-malnutrition>
17. Declarația Națiunilor Unite asupra mediului din 1961.[online][citat 2022-02-22].Disponibil: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_CONF.151_26_Vol.I_Declaration.pdf
18. 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 Educațional.(1968)
- 19.Ghid privind art.6 din Convenție. Dreptul la un proces echitabil, p. 42. [online][citat 12.02.2022].Disponibil: https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_6_criminal_ROM.pdf;
- 20.Pactul Internațional nr.19 cu privire la drepturile economice, sociale și culturale din 16.12.1966 (art. 12).Publicat în 30.12.1998 în Tratatul Internațional nr. 1, art.19.[online][citat 2022-

- 02-22].Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=115566&lang=ro
- 21.Protocol adițional nr.1 din 10 iunie 1977 la convențiile de la Geneva din 12 august 1949 privind protecția victimelor conflictelor armate internaționale. În: *Monitorul Oficial nr.68 din 14.05.1990*[cit 2022-02-22].Disponibil: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/50334>
- 22.Recomandarea R(83)2 privind protejarea bolnavului psihic în anul 1983 a adoptat Comitetul de Miniștri al Consiliului Europei.[online][cit 2022-02-22].Disponibil:<https://rm.coe.int/rec-2004-10-em-e/168066c7e1>
- 23.Recomandarea 1235 (1994) privind psihiatria și drepturile omului în anul 1994, Ansamblul Parlamentar al Consiliului Europei a adoptat în unanimitate.[online][cit 2022-02-22].Disponibil:<https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=15269>
24. 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.[online][cit 2022-02-22].Disponibil:<https://www.consilium.europa.eu/ro/press/press-releases/2022/06/30/rome-statute-of-the-international-criminal-court-declaration-by-the-high-representative-20-anniversary-entry-into-force/>

II.Acte Normative Naționale:

25. Codul Contravențional al Republicii Moldova:nr.218 din 24 octombrie 2008.În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2017, nr. 78-84.
- 26.Codul Penal al Republicii Moldova: nr.985 din 18 aprilie 2002. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, nr.72-74.
- 27.Codul penal al Republicii Moldova: nr.42 din 24 martie 1961.În: *Vestile R.S.S.M.*, nr.10.
- 28.Codul Penal Francez din 1810.
- 29.Codul Penal Italian. Textul Decretului Regal din 19 octombrie 1930, nr.1398.
- 30.Codul de Procedură Penală al Republicii Moldova: nr.122 din 14.03.2003. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*,2013, nr. 248-251.
- 31.Codul Penal român din 1864.Text Republicat în *Monitorul Oficial Partea I* din 22 octombrie 1912.
- 32.Codul Penal român din 1936.Text Publicat în *Monitorul Oficial, Partea I* nr.65 din 18.03.1936.
- 33.Codul Penal român din 1938.Întocmit în conformitate cu art. 608 din Legea decretată sub Nr. 3274/1938 publicată în *Monitorul Oficial al României*, 1938.
- 34.Codul Penal român din 21.07.1968.În:*Monitorul Oficial al României*, 1997, nr.65.
- 35.Constituția Republicii Moldova: nr.1 din 29 iulie 1994.În: *Monitorul Oficial al Republicii*

Moldova, 2016, nr. 78.

36.Codul Penal al României. Legea nr. 286/2009. În: *Monitorul Oficial al României*, Partea I, 2009, nr. 510.

37.Hotărârea Guvernului Nr. 329 din 03.07.1991 cu 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 al Republicii Moldova*, 1991, nr. 000.

38.Legea nr.68 cu privire la judiciară și statutul expertului judiciar din 14.04.2016. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2016, nr.157-162.

39.Legea nr.281 din 24.06.2003 privind modificarea și completarea Codului de Procedură Penală și a unor legi speciale. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2003, nr.468.

40.Legea nr. 411 privind ocrotirea sănătății din 28.03.1995. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, nr.34.

41.Legea nr.713 cu privire controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope din 06.12.2001. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2002, nr.36-38.

42.Legea nr. 1086 cu privire la expertiza judiciară, constatările tehnico-științifice și medico-legale din 23.06.2000. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2000, nr.144-145.

43.Legea privind sănătatea mentală nr. 1402-XIII din 16.12.1997. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 1998, nr.44-46.

44.Regulamentul instituției narcologice al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, 2002, nr.154-157.

45.Уголовный Кодекс Грузии. Принят 22.07.1999, введен в действие с 01.01.2001. Санкт-Петербург: Юридический Пресс Центр, 2002.

46.Уголовный Кодекс Республики Беларусь. Одобрен 02.06.1999. Санкт-Петербург: Юридический Центр Пресс, 2001.

47.Уголовный Кодекс Республики Казахстан. закон РК от 16.07.1997, № 167 с изменениями на 01.08.2001. Санкт- Петербург: Юридический Центр Пресс, 2001.

48.Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996. № 63-ФЗ.

49.Уголовный кодекс Швейцарии от 21.12.1937.

III. Literatura de Specialitate (*Monografii, manuale, Note de curs, articole științifice, rezumate ale conferințelor*)

50. ALECU, Gh. *Drept Penal. Partea generală*. Constanța: Europolis, 2005. 562 p. ISSN 1814-

3199.

51.ALECU, Gh. *Instituții de Drept Penal. Partea generală și partea specială*. Constanța: Ovidius University Press, 2010. 671 p. ISBN: 9975-70-370.

52.ANTONIU, Gh., *Infracțiuni 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.

53.ANTONIU, G. *Partea generală a Codului Penal într-o viziune europeană*. În: RDP, 2004, nr.1, București. ISBN: 9975-70-370.

54.ANTONIU, G. *Sistemul cauzelor care înlătură vinovăția*. În: Revista de drept penal, 1994, nr.2, București, p. 31. ISBN: 978- 606-673-341-0.

55.ANTONIU, G. Tipicitate și antijuridicție. În: Revista de drept penal, 2004, nr. 2, p. 19. ISBN: 9975-70-370.

56.ANTONIU,G. *Vinovăția penală*. București: Ed. Academiei, 1995. ISBN: 978-606-673-341-0.

57.ANTONIU, G. BULAI, C., CHIVULESCU, G. *Dicționar juridic penal*. București: Ed. Științifică și Enciclopedică, 1976, p.288.

58.ANTONIU, G., Popa, M., DANEȘ, Ș. *Codul penal pe înțelesul tuturor*. București: Ed. Politică, 1970, 464 p. ISBN 9975-935-37-0.

59.ANTONIU, G. *Tentativa*. București: Ed. „Societății Tempus”, 1996, p.312.

60.APOSTOL, P. *Norma etică și activitatea normată*. București: Ed. Științifică, 1968.

61.AVRAM, M. et. al. *Ghidul ofițerului de urmărire penală*. Chișinău: Ed. Arc, 2004. ISBN 978-9975-3225-6-0.

62.AVRAM, M., POPOVICI, T., COBÂȘNEANU, V. *Cercetarea infracțiunilor contra persoanei*. Chișinău: ARC, 2004. ISBN 978-9975- 9927-7-0.

63.BACIU, Gh. *Medicină legală*. Chișinău: Ed. Ruxanda, 1999, p. 169. ISBN 978-9975-149-88-4.

64.BALTAG, D. *Teoria răspunderii și responsabilității juridice*. Chișinău: Tipografia Centrală, 2007. p. 49.

65.(BANU) ȘOMICU, Marcela, MARIȚ, Alexandru. *Iresponsabilitatea penală. Monografie*. Chișinău: Editura USEM, 2017.

66.BANU (ȘOMICU) M., Considerații generale privind violența și starea de afect. În: *Studii de Securitate Publică*, Vol. IV, nr. 1(13), 2015, Ianuarie-Martie. ISSN 2284-8592, ISSN-L 2248-8592.

67.BANU (ȘOMICU), M., MARIȚ, A., Răspunderea și responsabilitatea juridica-analiza conceptelor. În: *Analele Academiei de Studii Economice a Moldovei*. Ediția a XI-a, nr.1/2013. Chișinău: Editura ASEM, 2013, p. 113-121 (0,5 ca.). ISSN 1857-1433.

- 68.BANU (ȘOMICU), Marcela. *Infrațiunile în stare de afect*. București: Institutul de Economie Națională, 2014.
- 69.BANU (ȘOMICU), M., MARIȚ, A., *Corelația conceptelor de iresponsabilitate penală*. În: *Analele Academiei de Studii Economice a Moldovei*, Ediția a XI-a, nr. 2/2013. Chișinău: Editura ASEM, 2013, p.66-70 (0,4 ca.). ISSN 1857-1433.
- 70.BANU (ȘOMICU), Marcela. *Responsabilitatea și iresponsabilitatea, responsabilitatea redusă în dreptul penal*. Conferință Internațională Științifică Practică. Abordări europene în cercetare și inovare din data de 9-12 octombrie 2014. Chișinău: Universitatea de Studii Europene din Moldova, p. 106-110 (0,4 ca.). ISSN 2344.
- 71.BANU (ȘOMICU), Marcela. *Infrațiunile 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, 23.04.2014, p. 11-17 (0,6 ca.).
- 72.BANU (ȘOMICU), Marcela. *Expertiza constatării iresponsabilității*. Conferință științifică Internațională- Chișinău, Academia de Științe a Moldovei în colaborare cu Universitatea Națională din Odessa, Universitatea de Drept din Kiev și Universitatea Rusă de Prietenie a Popoarelor, 2013, p. 97-105 (0,4 ca.).
- 73.BANU (ȘOMICU), Marcela. Măsurile de constrângere cu caracter medical aplicate alcoolicii și narcomanilor s-au punerea lor sub curatelă. În: *Analele Științifice ale Universității de Studii Europene din Moldova*. Ediția II, Chișinău, nr. 2/2013, 2014, p.35-40 (0,3 ca.).ISSN 2435-1114.
- 74.BANU (ȘOMICU), Marcela. The barrier between irresponsability and responsibility. Considerations regarding the forensic psychiatric expertise in criminal law. În: *Revista Supremația Dreptului*, nr.1, 2021, pp.157-163.
- 75.BARAC, L. *Răspunderea și sancțiunea juridică*. București: 1977.
- 76.BARAC, L. *Teoria generală a dreptului*. Reșița: Universitatea Eftimie Murgu, 1993, p.115.
- 77.BARBACAR, C. Delimitarea afectului fiziologic de afectul patologic și rolul acesteia la calificarea infracțiunii de omor. În: *Revista Națională de Drept*, 2004, nr. 10, p. 5.
- 78.BARBACAR, C. Responsabilitatea persoanei aflate în stare de afect fiziologic. În: *Revista Națională de Drept*, 2004, nr. 9, p. 53.
- 79.BARBĂNEAGRĂ, A., BERLIBA, V., GURSCHII, C. et. al. *Codul Penal comentat și adnotat*. Chișinău: Cartier, 2005. ISBN: 978-9975- 105-20-0.

80. BARBĂNEAGRĂ, AL., ALECU, GH., BERLIBA V. et. al. *Codul penal al Republicii Moldova. Comentariu*. Chișinău: Centrul de drept al avocaților, 2009, p. 860. ISBN: 978-9975-105-20-0.
81. BASARAB, M. *Drept penal. Partea generală*. Iași: Fundația „Chemarea”, 1992. 978-973-1836-67-6.
82. BASARAB, M. *Drept penal. Partea generală*. Vol. II. București: Lumina Lex, 1997, p. 184. 978- 973-1836-67-6.
83. BELDIGA, C., COJOCARU, V., DANDAR O., *Învăț să fiu. Ghid psihologi școlari, diriginți, profesori*. Chișinău: Didactica Pro, 2006, p. 148. ISBN 5-88550-040-1.
84. BELIȘ, V. *Medicină Legală*. București: Editura Teora, 1992, p.147.
85. BELIȘ, V. *Riscurile consumului de alcool*. București: 1981.
86. BELIȘ, V. *Tratat de medicină legală*. Vol. II. București: Ed. Medicală, 1995.
87. BELIȘ, V., *Medicină legală. Curs pentru facultățile de științe juridice*. București: Casa editorial Odeon, 1999, p.161. ISSN1814-3199.
88. BICĂ, Gh., GRIGA, I., PARASCHIV, G., ALECU, G. *Drept Penal. Partea generală*. Ediția a II-a. București: Editura Fundației România de Măine, 2008. ISSN 1814-3199.
89. BOGDAN, S. *Criminologie*. Cluj-Napoca: Sfera, 2005.
90. BOGDAN, T. *Probleme de psihologie judiciară*. București: Editura Științifică, 1973.
91. BOGDAN, T. *Psihologia juridică*. București: Editura Științifică, 1972, p. 190.
92. BORODAC, A. *Drept penal. Partea generală*. Chișinău: Știința, 1994. ISBN: 9975- 9788-7-8.
93. BOROI, A. *Drept penal. Partea Generală*. București: Ed. C. H. Beck, 2006. ISBN: 978-606-18- 0939-4.
94. BOROI, A. *Drept Penal. Partea Generală*. Ediția a III-a. București: ALL Beck, 2001. ISBN: 978-606-18-0939-4.
95. BOROI, A. *Infrațiuni contra vieții*. București: ALL Beck, 1996. ISBN: 978-606-18-0939-4.
96. BOTNARU, Stela. Iresponsabilitatea- cauză care înlătură vinovăția făptuitorului: definirea conceptului. În: *Revista Națională de Drept*, nr. 2, 2014, p.33-37. ISSN 1811-0770.
97. BOTNARU, Stela, Iulia BURAVCENCO. Concepțutul responsabilității în legislația Republicii Moldova și a altor state. În: *Revista Științifică a Universității de Stat din Moldova*, nr.8 (28), 2009, p.93-96. ISSN 1857-2081.[citat 2024-12-29]. Disponibil: <https://social.studiamsu.md/wp-content/uploads/2009/01/12.-p.93-96.pdf>
98. BOTNARU, S., ȘAVGA, A., GROSU, V., GRAMA, M. *Dreptul penal. Partea generală*. Vol

- I. Ediția a III-a. Chișinău: Ed. Cartier Juridic, 2005. 624 p. ISBN 978-9975-53-083-5.
- 99.BREBAN, V. *Dicționar al limbii române*. București: Ed. Enciclopedică, 1992.
- 100.BRENCIU, G., PAȚURESCU V. Notă (II). În: *RRD*, 1984, nr. 7, p. 53.
- 101.BRÎNZĂ, S. *Infrațiuni contra vieții, sănătății, libertății și demnității persoanei*. Chișinău: USM, 1999. ISBN: 9975-79-324- X.
- 102.BRÎNZĂ, S. *Infrațiunile prevăzute la art. 146 și la art. 156 CP al RM: reflecții asupra calității legii penale și asupra unor probleme de calificare*. În: *Revista Națională de Drept*, 2008, nr. 2, Chișinău, p. 2.
- 103.BRÎNZĂ, S. *Obiectul infracțiunilor contra patrimoniului. Monografie*. Chișinău, Ed. Tipogr. Centrală, 2005. p. 676. ISBN978- 9975-53-470-3.
- 104.BRÎNZĂ, S., ULIANOVSKI, Gh. Considerații privind capitolul II „Infrațiuni contra vieții și sănătății persoanei” din proiectul noului Cod Penal al Republicii Moldova. În: *Revista Națională de Drept*, 2001, nr. 11, p. 11.
- 105.BRÎNZĂ, S., ULIANOVSKI, X., STATI, V. et. al. *Drept penal. Partea specială*. Vol. II. Chișinău: Cartier juridic, 2005. ISBN 978- 9975-53- 034-7.
- 106.BRÎNZEI, P. *Itinerar psihiatric*. Iași: Editura Junimea, 1979.
- 107.BRÎNZEI, P., SCRIPCARU, G., PIROZYNSKI, T. *Comportamentul aberant și relațiile cu mediul*. Iași: 1970.
- 108.BRÎNZEI, P., SÎRBU, A. *Psihiatrie*. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1981.
- 109.BUJOR, Constantin, MARIȚ, Alexandru. *Cazuri de înlăturare a caracterului penal al faptei datorită stării de ebrietate*. În: *Științe Juridice*, 2022, p.1-7.
- 110.BUJOR, Constatin. *Tratamentul medical obligatoriu ca măsură de siguranță și protecție a drepturilor omului*. Conferința drepturilor omului și justiția în Republica Moldova în contextul integrării europene. Chișinău: ULIM, 10.12.2022., pp.171-182.
- 111.BUJOR, V. *Infrațiuni contra vieții și sănătății persoanei*. Chișinău: 2003. ISBN: 978-9975-4360-2-1.
- 112.BUJOR, V., GUȚULEAC, V. *Codul penal. Comentariu*. Chișinău: Institutul de Științe Penale și Criminologie Aplicată, 2010.
- 113.BUJOR, V., ȘLEAHTIȚCHI, V. *Omorul și vătămarea gravă a integrității corporale*. Chișinău: 2003. ISBN: 978- 9975-4360-2-1.
- 114.BUJOR, V., POP, O., *Cauzalitatea criminalității*, Timișoara: Editura Mirton, 2002, p. 26-27.
- 114/1.Bujor V., Buga L., *Drept penal comparat: partea generală*. Note de curs. Chișinău: Universitatea de Criminologie, 2003, p. 12-15

- 115.BULAI, C. *Drept penal. Partea generală*. Vol. III. București: T.U.B., 1982. 454 p. ISBN 973- 9229-74-3.
- 116.BULAI, C. *Curs de drept penal. Partea specială*. București: Universitatea din București, 1975, p.320. ISSN 1814-3199.Costică, Bulai C., *Manual de drept penal. Partea generală*, București: ALL Beck, 1997, p.584.
- 117.BULAI, C. *Manual de drept penal*. București: Ed. All Beck, 1997, p. 459. ISBN 973- 9229-74-3.
- 118.BULGARU, M., ș.a.*Asistența socială în contextul transformărilor din Republica Moldova*. Chișinău:”Cu drag”, 2008, p.440.
- 119.CALANCEA, A. *Psihocorecția sferei afective a adolescenților*. Chișinău: ASEM, 2003. s
- 120.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.
- 121.CARA E., CAZACU V., MARDARI, E., *Dificultățile emiterii concluziei expertale bolnavilor în remisie valoroasă în cadrul schizofreniei*. București, 1997, p. 4.
122. 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.
- 123.CAZACU, V. Anatomia vs delicvența juvenilă. În: *Materialele Congresului național „Actualități în psihiatrie”*. Chișinău, 27-28 mai, 2004, p. 420-424.
- 124.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.
- 125.CIOBANU, I. *Criminologie*. Chișinău: Cartea Juridică, 2006, 312 p. ISBN 978-9975-3498-3-3
- 126.CIOCLEI, V., *Cercetarea criminologică*. Timișoara:Editura All Beck, 1998, pag. 15.
- 127.CIOFU, Ion, M., GOLU, C.,VOICU, *Tratat de psihologie*. Vol. I., București: Editura Academiei R.S.R., 1978, p. 215-291.
- 128.*Clasificarea Internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF)*.București: Marlink, 2004.
- 129.COTEANU, I., SECHE, L., SECHE, M. *Dicționar explicativ al limbii române*. București: Univers Enciclopedic, 1996.
- 130.CREȚU, T. *Psihologia vârstelor*. Iași: Polirom, 2009, p.392.
- 131.CRISTESCU, D. I. Reglementarea constatărilor și expertizelor medico-legale. În: „*Dreptul*”, nr. 2, 2002. p. 34-35.

132. CURCĂ, G. C. *Medicină legală. Suport de curs*. Iași: Universitatea de Drept, 2012.
133. DAMIR, D., TOADER, E. *Discernopatia și delincvența infantilo-juvenilă*. Iași: 2006.
134. DEMIAN, Mihai, RUSU, Marius. Metode și procedee folosite de către deținuți pentru sustragerea de la regimul executării pedepsei închisorii. În: *Buletinul penitenciar nr. 2/1978*, București, p. 53-55. ISBN 973-9167-88-8.
135. DANEȘ, Ș. Considerații asupra circumstanței atenuante a provocării. În: *RRD*, 1984, nr. 5, p. 211.
136. DĂNESCU, G., TOMORUG, E. *Probleme judiciare în psihiatrie*. București: Ed. Panfil, 1973.
137. *Dicționarul Explicativ al Limbii Române*. București: Univers Enciclopedic, 1998, 1192 p.
138. DIMA, T. *Dreptul penal. Partea generală. Curs*. Vol. II. București: Ed. Lumina Lex, 2001.
139. DOBRÂNIOIU, V., PAȘCU, I. *Drept penal*. Lugoj: Universitatea Europeană Iosif Constantin Drăgan, 1996.
140. DOBÂNIOIU, V., NISTOREANU, Gh., Pașcu, I. et. al. *Drept penal. Partea generală*. București: Ed. Atlas Lex, 1996. ISBN 973-588- 281-7.
141. DOBRINESCU, I. *Infrațiuni contra vieții persoanei*. București: Ed. Academiei RSR, 1987.
142. DORON, R., PAROT, P. *Dicționar de psihologie*. București: Humanitas, 2007. ISSN 1857-2073, p. 15.
143. DONGOROZ, V. et. al. *Explicații teoretice ale Codului penal român. Partea generală*. Vol. I. București: Ed. Academiei RSR, All Beck, 2003, p.352; în 4 vol. All Beck 973- 655-320-5, Editura Academiei Române, ISBN 973-27-0994-4; Vol. I., ISBN 973-27-0995-2.
144. DONGOROZ, V., DĂRÂNGĂ, D., KAHANE, S. et. al. *Noul Cod penal și Codul penal anterior. Prezentare comparativă*. București: Ed. "Politică", 1968.
145. DONGOROZ, V., KAHANE, S., OANCEA, I., et. al. *Explicații teoretice ale Codului penal roman. Partea specială*. București: ALL Beck, 2003.
146. DRAGOMIRESCU, V., HANGANU, O., PRELIPCEANU, D. *Expertiza medico-legală psihiatrică*. București: Editura Medicală, 1990.
147. DRĂGĂNESCU, M. *Inelul lumii materiale*. București: Ed. Științifică și enciclopedică, 1989.
148. DRĂGHICI P., IONIȚĂ, M. *Expertizele - mijloc de probă în proces penal*. București: Ed. Tehnică, 2000.
149. DRUGĂ, DAN, FLORIN. *Drept penal. Partea generală. Sinteză pentru pregătirea examenului de licență*, sesiunea iulie 2012. Facultatea drept. Iași: Universitatea Andrei Petre, 2012.

- 150.DRUGHESCU, N. *Medicina legală. Curs pentru student*. București: Editura Printech, 2001.
- 151.DUȚU, T. *Cauzele care înlătură caracterul penal al faptei și cauzele justificative*. Constanța: Europolis, 2007.
- 152.ENĂCHESCU, C. *Igiena mintală și recuperarea bolnavilor psihici*. București: Editura Medicală, 1979.
- 153.ENĂCHESCU, C. *Tratat de psihanaliză și psihoterapie*. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1998. ISSN 1223-5180
154. FLOREA, M. *Responsabilitatea acțiunii sociale*. București: Editura Științifică și Pedagogică, 1976.
155. C.N. Florea, „Vinovăția și pedeapsa penală”, Ed. “Cartea moldovenească”, Chișinău 1987; FLOREA, V. *Beția și încălcarea dreptului*. Chișinău: 1985.
156. FLOREA, V. *Pedepse pentru crimele săvârșite din motive de beție și alcoolism*. În: *Legea și viața*, 1996, nr. 2, p. 29.
- 157.FLOREA, V., ARJUC, I. *Răspunderea penală a minorilor*. În: *Revista Națională de Drept*, 2004, nr. 1, p. 21.
158. GHORGHE, G. *Despre ordinul legii și comanda autorității legitime*. În: *Revista Națională de Drept*, 1998, nr. 1, p. 33-35. ISBN 973-588-281-7.
- 159.GH., C., MINAI. *Fundamentele dreptului*. București:All Beck, 1999.
160. GLADCHI, Gh. *Criminologie generală*, Chișinău: Muzeum, 2000, p. 195.
161. GRAMA, Mariana. *Aspecte Generale ale Iresponsabilității în Dreptul Penal*. În: *Studia Universitatis Moldaviae. Seria Științe Sociale*, nr. 3, 2007, p.129-133. ISSN 1857-2081.
162. GROZA, LULU, I., A. ASTĂRĂSTOAIIE, V. *Introducere în medicina legală pentru juriști. Curs universitar*. București: Editura C.H. Beck, 2007, p.205. ISBN 978-606-18-0930-1.
163. HANGA, V. *Mic dicționar juridic*. București: Ed. Lumina Lex, 1999.
164. IACOBUȚĂ I.A., *Criminologie*. Iași:Editura Junimea, 2002, p. 186.
- 165.IOANA-TEODORA, BUTOI, TUDOREL, BUTOI. *Psihologie Judiciară. Curs Universitar*. Ediția a-II. București: Universitatea Spiru-Haret, 2004, p.440., 20.5 cm. ISBN 973-725-152-0.
166. IARGOVAN, A. *Tratat de drept administrativ*. Vol. III. București: Proarcadia, 2004, 385 p.
167. IONESCU, A. *Legitima apărare și starea de necesitate*. București: Ed. Științifică, 1972, 188 p.
168. JASPERS, K. Sensul istoriei. În: *Texte filosofice*. București: Ed. Politică, 1986, p.123.
- 169.JUSTIN, STANCĂ, GHEORGHE, MATEI, ION, STAN. *Teorii criminologice contemporane*. Ploiești: Serviciul Editorial, 1992.

170. LARII, I. *Criminologia*. Chișinău: Academia Ștefan cel Mare, 2004.
171. LOGHIN, O. *Drept penal român. Partea generală*. Vol. I. București: Ed. Universul, 1994. ISBN 973-9167-88-8.
172. LOGHIN, O., TUDOREL, T. *Drept penal român. Partea specială*. București: 1999.
173. LONGINESCU, S. *Medicina legală în legile vechi românești*. București: Ed. Curierul judiciar, 1924, p. 235. ISSN-L 2501- 1367.
174. LUPAȘCO, LILIA. *Aprecierea probelor la judecarea cauzelor privind aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical*. Conferința Integrare prin cercetare și inovare. Vol.2, R.SJE, 2020, p.119
175. MACARI, I. Aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical. În: *Revista Națională de Drept*, 2002, nr 2.
176. MACARI, I. *Drept penal al Republicii Moldova. Partea specială*. Chișinău: USM, 2003, p.398. ISBN: 9975-70-247-3.
177. MACOVEI, CRISTIAN. Reflecții și aprecieri asupra articolului 95. Liberarea de la executarea pedepsei a persoanelor grav bolnave. În: *Analelele Științifice*. Chișinău: Universitatea de Studii Europene din Moldova. Ediția a II-a, 2013, p.41-48. ISSN 2432-1114.
178. MANOLE, N. Unii 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, Asociația Internațională de Drept Penal (AIIDP) și Asociația Română de Științe Penale (ARSP)*, Iași, 28.10.2011-29.11.2011, p.8-15.
179. MARIȚ, A. *Dreptul penal. Partea generală*. Vol. I. Chișinău: ASEM, 2002.
180. MARIUS DANIEL, GANGAL. Bolnavul psihic în fața Justiției. În: *Analele Universității din București. Drept*, 2000.
181. Mihaela, Alexandru. *Participația Penală. Studiu de doctrină și jurisprudență. Monografie*. București: Editura Hamangiu, 2008, p.384.
182. MIRCEA, I. *Vinovăția în dreptul penal român*. București: Ed. "Lumina Lex", 1998.
183. MIRIȘAN, V. *Considerații privind unele cauze care înlătură caracterul penal al faptei*. Zalău: GIL, 1996. 220 p. 120.
184. MITROIAN, N., ZDRENGHEA, V., BUTOI, T. *Psihologie judiciară*. București: Șansa, 1992.
185. MOLNAR, I. *Ordinul legii și comanda autorității legitime*. În: RDP, 1997, nr. 2, p. 50-53.
186. MONA, MARIA, PAVNICENCU, PETRU, SUSANU, Dan, TUDURACHE. *Contravenția*.

Iași: Institutul European, 1997.

187. MORARU, I., PREDESCU, V. *Criterii de stabilire a responsabilității în expertiza psihiatrică judiciară*. București, 1962.

188. 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, 27.05.2004-28.05.2004, p. 382.

189. NACU, AL., NACU, A. *Psihiatrie judiciară*. Chișinău: F.E.P. „Tipografia Centrală”, 1997, p. 27.

190. NARCIS, G. *Drept penal general. Doctrină, legislație, jurisprudență*. București: Cantes, 1997.

191. NASTAS, I., COȘCIUG, I., FULGA, I. et. al. *Agresivitatea și devianțele sexuale – considerații medico-legale psihiatrice*. În: *Materialele Congresului național „Actualități în psihiatrie”*.- Chișinău, 27.05.2004-28.05.2004, p. 439-444.

192. NEGRU, Andrei, CHICU, Oleg. *Interacțiuni doctrinare dintre răspunderea juridică și responsabilitatea juridică*. În: *Revista Universitatis Moldaviae*, nr.8 (118), 2018, p.35-44. ISSN 2345-1017.

193. NINA, SÎRBU. *Particularitățile subiectului infracțiunii prevăzute la art. 242 CP RM- Pseudoactivitatea de întreprinzător*. În: *Revista Științifică a Universității de Stat din Moldova*, nr.8 (58), 2012, p.128-135. ISSN 1814-3199.

194. NISTOREANU, G., BOROI, A. *Drept penal român. Partea specială*. București: ALL Beck, 2002. ISBN 973- 655-182-2.

195. OGODESCU, D. *Nevrozele*. Timișoara: Editura Pamfil, 1973.

196. OPREA, N., NACU, A., REVENCO, M. *Psihiatrie*. Chișinău: Știința, 1994.

197. OANCEA, I. *Probleme de criminologie*. București: Editura ALL Educațional, 1998, p. 195.

198. ORGANIZAȚIA MONDIALĂ A SĂNĂTĂȚII. ICD-10. *Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Simptomatologie de Diagnostic clinic*. Iași: Editura ALL Educațional, 1992, p.212.

199. PAȘCU, I. *Drept penal. Partea generală*. București: Ed. Europa Nova, 2001. 416 p.

200. PAȘCA, V. *Măsuri de siguranță. Sancțiuni penale*. București: Ed. Lumina Lex, 1998, p.283.

201. PAȘCA, V. *Noul Cod penal comentat*. București: Ed. C.H. Beck, 2006, p. 600.

202. PAVEL, D. *Legitima apărarea și starea de provocare. Elemente de asemănare și de diferențiere*. În: JN, 1965, nr. 8, p.55.

203. PAVELCU, V. *Din viața sentimentelor*. București: Editura Enciclopedică Română, 1969.

ISBN 978-9975-127- 59-2.

204.PAVELCU, V. *Cunoașterea de sine și cunoașterea personalității*. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1982. ISBN 978-606-34-0186-2.

205.PĂTULEA, V., ȘERBAN, MARCONESCU, B. *Răspunderea și responsabilitatea socială și juridică*. București: Ed. științifică și enciclopedică, 1988.

206.PIVNICERU, M. *Răspunderea penală în dreptul internațional*. București: Ed. Colegium Polirom, 1999.

207.POP, T. *Drept penal comparat*. Partea generală. Vol. II. Cluj: Institutul de Arte Grafice Ardealul, 1932.

208.POPA, N. *Teoria generală a dreptului*. București: Lumina Lex, 1995.

209.POP, O., NEAGU, G. *Criminologie generală*. Chișinău: Universitatea de Stat Aleccu Russo, 2005, p. 97

210.POPA, V., DRĂGAN, I.,LĂPĂDAT, L., *Psiho-sociologie juridică*. București: Lumina-Lex 1999, p.104.

211.POPESCU-NEVNEAU, P. *Dicționar de Psihologie*. București: Albatros, 1978, p.783.

212.RALEA, M., HARITON, T. *Sociologia succesului*. București: Ed. Științifică, 1962.

213.RĂDULESCU, S. *Anomie. Devianță, criminalitate și patologie socială*. București: Lumina-Lex, 1991.

214.RĂTESCU, C. et al. *Codul penal adnotat. Partea specială*. București: Socec, 1937.

215.RADU, GH. *Psihologie școlară pentru învățământul special*. București: Editura Fundația Humanitas, 2002, p.40. ISBN 973-681-609-5.

216.RACU, A., ș.a. *Asistența Socială a persoanelor cu dizabilități*. Chișinău: Pontos, 2007. ISBN 978-9975-86-139-7.

217.RACU, A., BOTNAIR, V., POTÎNG, A., ș.a. *Incluziunea socială a persoanelor cu CES prin dezvoltarea parteneriatului: familie-echipa multidisciplinară-comunitate*. Chișinău, 2012, p. 22. ISBN 978-9975-127-50-9.

218.ROTARI, O. *Criminologie*. Ediție revăzută și adăugită. Chișinău: Ed. rev. Tipogr. Foxtrop SRL, 2011, p. 890. ISBN 978-9975- 57-098-5.

219.ROTARI, O. *Delincvența juvenilă: probleme actuale și căi de soluționare. Monografie*. Chișinău: Ed. rev. Tipogr. Foxtrop SRL, 2010, p. 204 . ISBN 978-9975-57-098-5.

220. RUSNAC, C. *Psihologia Dreptului*. Chișinău: Ed. ARC, 2000.

221. ROMANDAȘ, N. *Dreptul protecției sociale*. Chișinău: Foxtrot, 2011, p. 137. ISBN 978-9975-75-750-9.

- 222.RUSLAN, POPOV. Condițiile generale și speciale pentru existența subiectului persoană fizică în cazul infracțiunilor prevăzute în capitolele XV și XVI din partea specială a Codului Penal: Aspecte introductive. În: *Revista Studia Universitatis Moldaviae*, nr. 8 (58), 2012, pp. 99-112.ISSN 1814-3199.
- 223.SARTRE, J. *Psihologia Emoției*. București:IRI,1997, p.120.
- 224.SAVCA, L. *Autoreglarea emoțională*. Chișinău: Didactica, 1993. ISBN 973-644-387-6.
- 225.SCRIPCARU, G. *Curs de medicină legală*. Iași: Ed. Fundației Chemarea, 1995.
- 226.SCRIPCARU, G., ASTĂRĂSTOAE, V. *Criminologie clinică*. Chișinău: Polirom, 2003, p.172.
- 227.SIMA, C. *Măsurile de siguranță în dreptul penal contemporan*. București: Ed. All Beck, p.432.
228. SILLAMY, N. *Dicționar de Psihologie Larousse*. București: Univers Enciclopedic,1996, p.32.
- 229.SÎRBU, A. *Psihiatrie clinică. Ghid alfabetic*. Cluj:Dacia, 1979, p. 439.
- 230.STAHURSCHI, ALINA. Elemente constitutive subiective privind infracțiunea prevăzută la articolul 208 Cod Penal al Republicii Moldova. În: *Revista Națională de Drept*, nr. 1 (249),2023, p.137-147.
- 231.STANCĂ, J., MATEI, G., STAN, I. *Teorii criminologice contemporane*. Ploiești: Serviciul Editorial, 1992.
- 232.STĂNOIU, R. *Familia - factor de bază în dezvoltarea personalității și în prevenirea delincvenței juvenile*. Comunicare prezentată la simpozionul național de criminologie, 11.12.1981-12.12.1981.
- 233.STĂNOIU, R., GRIGA, I., DIANU, T. *Drept penal. Partea generală*. București: Ed. Hyperion, 1999, p. 245.
- 234.STOICA, O. *Drept penal. Partea specială*. București:Editura Didactică și Pedagogică, 1976.
- 235.STRESTEANU, F. *Drept penal. Partea generală*. București: Ed. Rosetti, 2003, p. 288.
236. STREASTREANU, F., R., MOROȘANU. *Instituții și Infracțiuni în Noul Cod Penal. Manual pentru Uzul Formatorilor SNG*. București: Proiect finanțat de Uniunea Europeană, 2010, p.360.
- 237.*Suport de curs. Prelegeri psihiatrie*. Chișinău:USMF, 2016, p.265.
238. *Suport de curs. Psihologie Judiciară*. Iași: Universitatea Petre Andrei din Iași, 2004, p.77.
- 239.TĂNĂSESCU, I. Circumstanțele atenuante. În: *Revista Dreptul*, 1996, nr. 10, p. 78.
- 240.TĂNĂSESCU, I., TĂNĂSESCU, C., TĂNĂSESCU, G. *Drept penal general*. București: Ed.

All Beck, 2002.

241. TĂNĂSESCU, I., TĂNĂSESCU, G., TĂNĂSESCU, C., *Tipologii criminogene*. București: Editura C. H. Beck, 2007, p.3.

242. TĂNOVICEANU, I. *Tratat de drept penal și procedură penală*. București: Curierul judiciar, 1924.

243. TILICI, A. Provocarea. Reflecții critice. În: *Revista de Drept Penal*, anul V, nr. 3, București, 1998, p. 105.

244. TURUIANU, C. *Răspunderea juridică pentru faptele penale săvârșite de minori*. București: Ed. Continent XXI, 1995.

245. ȚICLEA, AL. *Reglementarea contravențiilor*. București: Lumina-Lex, 1998.

246. U., ȘCHIOPU. *Dicționar de psihologie*. București: Babel, 1997, p.72.

247. ULIANOSCHI Gh., în studiul său monografic „Infrațiuni care împiedică înfăptuirea justiției”. – Chișinău: Garuda-Art, 1999. ULIANOSCHI, X. Răspunderea penală a minorilor. În: *Revista Națională de Drept*, 2002, nr. 3, p. 10, ISBN: 9975-9564-4-4. ISSN 1811-0770.

248. UNGUREANU, A. *Drept penal român. Partea generală*. București: Ed. Lumina Lex, 1995. ISBN: 9975-9564-4-4.

249. UNGUREANU, A., *Prelegeri de criminologie*. Iași: Editura Cugetarea, 1999, p. 202.

250. UNGUREANU, U. *Drept Penal Român*. București: Lumina Lex, 1995, p. 153.

251. UȚĂ, L., JORA, C. *Expertiza-medico-legală în procesul penal*. București: Ed. Lumina Lex, 2003.

252. URS, I., *Repararea daunelor morale*. București: Lumina Lex, 2001, p.32. ISBN 978-9975-44-68-5-3.p. 32.

253. VASILE-SORIN, CURPĂN. *Tratat de Științe juridice*. Bacău: Ediția Princeps, 2008.

254. V., N., S., FLOREA, V. *Speranțe înecate în pahar*. Chișinău: Cartea Moldovenească, 1987.

255. VOLONCIU, N. *Tratat de procedură penală. Partea specială*. Vol. II, București: Editura Paideia, 1999, p.389.

256. ZAMFIRESCU, V. *Etica și etimologia*. București: Ed. Științifică și enciclopedică, 1982.

257. ZOLYNEAK, M. *Drept penal. Partea Generală*. Vol. II. Iași: Chemarea, 1992.

258. АВДЕЕВ, М., И. *Судебная медицина*. Москва: Госюриздат, 1960.

259. АГАПОВ, А., Б. *Административная ответственность*. Москва: Издательство Юрайт, 2000, ст. 495.

260. АНОХИН, П. К. *Психология эмоций: Христоматия*. Санкт-Петербург, 2004, 496 ст.

ISBN: 5-947236-91-5.

261.АНТОНЯН, Ю., М., БОРОДИН, С., В. Преступное поведение и психические анатомии. Москва: Спартак, 1998. ISBN: 978- 5-8354-0856-6.

262.АНТОНЯН, Ю., М., БОРОДИН, С., В. *Преступность и психические аномалии*. Москва: Наука, 1987. ISBN 5-93292-001-7.

263.АНТОНЯН, Ю., М., ДАШКОВ, Е., В., КУДРЯВЦЕВ, В., Н., Москва, Юристь, 2006, ст, 158. ISBN 589123890X.

264.АНТОНЯН, Ю., М., ТКАЧЕНКО, А., А. *Сексуальные преступления*. Москва:Амальтея, 1993.

265.АРЕШОВ, П., Г. *Судебно-медицинская квалификация повреждений глаз и потери зрения*. Автореф., Москва, 1950.

266. БЕЙСЕНОВ, Б., С. *Алкоголизм. Уголовно-правовые и криминологические проблемы*. Москва: Изд. Юридическая литература, 1981.

267.БОБРОВ, Н., Н.,МАХОНЬКО, А., Р. *Клинико-социальная характеристика психически больных, совершивших общественно - опасные действия*. Москва, 1987.

268.БРЕСЛАВ, Г. *Психология эмоций*. Москва: Смысл, 2004. 544 с.

269.ВИЛЮНАС, В., К. *Психологический механизмы мотивации человека*. Москва: Редакционно-издательского совета Московского университета, 1990.

270.ДУРМАНОВ, Н., Д. *Понятие телесных повреждений по советскому уголовному праву*. В: Советское государство и право, 1956, №1, ст. 86.

271.ИСМАИЛОВ, И., А. *Ответственность за причинение тяжких телесных повреждений по советскому уголовному праву*. Баку, 1969.

272. КАЛАШНИК, М., Я. *Судебная психиатрия*. Москва, 1961.

273. КУДРЯВЦЕВ, В., Н., МАЛЕИН, Н., С. *Правовое положение, его субъекты и пределы*. Ìп: Правоведение, 1980, № 3, р. 35. 2016. ISBN 978-5-16-105371-3.

274.КОРКИНА, М., ЛАКОСИНА, Н., Д., *Психиатрия. Учебник*. Москва: Медицина, 1995. Ст.326. ISBN: 5-94201-027-7.

275.КОРКИНА, М., ЛАКОСИНА, Н., Д. *Психиатрия. Учебник*. Москва: Медицина, 1995. 326 ст.

276. КУЗНЕЦОВОЙ, Н., Ф., И., М. ТЯЖКОЙ, *Уголовное право России. Общая часть*. Москва: Зеркало, 2004.ISBN: 5-16-000573-0, 5- 89123-510-2.

277. ЛУНЦ, Д., Р. *Проблема неменяемости. Судебная психиатрия. Учебник*. Под ред. Морозова Т.В. Москва: Медицина, 1965, ст.358.

278. МИНСКАЯ, В., С., ЧЕЧЕЛЬ, Г., И. *Виктимологические факторы и механизм преступного поведения*. Иркутск, 1988.
279. САФУАНОВ, Ф. *Психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетнего обвиняемого*. В: Российская юстиция, 1997 № 7, ст. 29.
280. САФУАНОВ, Ф. *О проблеме аффективных состояний*. В: Советская юстиция, 1991, № 21-22, ст. 4.
281. ТКАЧЕНКО, В., И. *Ответственность за умышленные преступления против жизни и здоровья, совершенные в состоянии аффекта*. Москва: Юридическая литература, 1979.
282. *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.
283. ФАРБЕР, И., М. *Современная психоневрология*. Москва, 1928.
284. ФИЛАНОВСКИЙ, И., Г. *Социально-психологическое отношение к субъекту преступления*. Ленинград, 1970.
285. ФРАНК, Л., В. *Потерпевшие от преступлений и проблемы советской криминологии*. Душанбе, 1977.
286. ФРЕЙРОВ, О., Е. *О пределах компетенции эксперта – психиатра в уголовном процессе*. В: Советское Государство и право, 1964, №.8, ст. 114.
287. ЧИОБАНУ, И., ЗАПОРОЖАН, И., *Криминология*, Кишинев, 2005, ст. 281.
288. ЩЕСТАКОВ, Д., А., *Криминология. Краткий курс*, Санкт-Петербург, 2001, с.134.
- *****
289. BARTE, H. et OSTAPTZEFF, G. *Criminologie Clinique*. Paris: Ed. „Masson”, 1992.
290. 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.
291. VIRGINIE, CATOIRE. *Le particularisme du droit penal des delincquants anormaux mentaux*. Montpellier, 1998.
- IV. Rapoarte, Regulamente, Ghiduri, Documente de lucru:
292. *Regulamentul de apreciere medico-legală a gravității vătămarilor corporale* (aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, nr. 199 din 27.06.2003).[online][accesat 2017-10-23].Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=138427&lang=ro#
293. *Raport de expertiză psihiatrico-legală staționară nr. 135 din anul 2011*.
294. *Raport de expertiză psihiatrică legală staționară nr.57 sn-2012*.
295. *Regulamentul de activitate a spitalului de psihiatrie*. Anexa nr.3 la Ordinul Ministerului 148

Sănătății nr.591, din 20.08.2010.

296.*Regulamentul de activitate a spitalului de psihiatrie*. Anexa nr.3 la Ordinul Ministerului Sănătății nr.591, din 20.08.2010.

V. Tezele de doctorat. Autoreferate ale tezelor de doctorat:

297.BANU (ȘOMICU), Marcela. *Iresponsabilitatea penală*. Rezumatul tezei de doctor în drept. Chișinău: ULIM, 2022.

298.BANU (ȘOMICU), Marcela. *Iresponsabilitatea penală*. Teză de doctor. Chișinău: ULIM, 2022.

299.BERDILO, Rodica. *Răspunderea penală pentru omorul săvârșit în stare de afect*. Teză. Chișinău: Universitatea de Stat, 2021.

300.CHIPERI, Nadejda. *Particularitățile psihologice ale copiilor cu dizabilități mintale ușoare din perspectiva diverselor metode de educație*. Teză de doctor în psihologie. Chișinău: Universitatea Pedagogică de Stat Ion Creangă, 2015, p.25.

301.DAN, Georgian. *Vinovăția Penală-concept și caracterizare*. Teză de doctor în drept. Chișinău: ULIM, 2016.

302.EREMCIUC, Roman. *Eroarea în dreptul penal*. Rezumat. Teză de doctor în drept. Chișinău: Academia Ștefan cel Mare, 2024.

303.GÎRLA, L. *Pruncuciderea: analiza juridico-penală și criminologică*. Autoreferat al tezei de doctor. Chișinău: USM, 2005.

304.HĂTĂRĂU, Lamaya-Diana. *Legitima apărare și provocarea în reglementarea Noului Cod Penal. Conexiuni în teorie și practica judiciară*. Teză de doctorat. Rezumat. București: Universitatea Nicolae Titulescu, 2015.

305.Cristian, MACOVEI. *Liberarea condiționată de pedeapsă penală înainte de termen*. Autoreferatul tezei de doctor în drept. Chișinău: Universitatea de Stat din Moldova, 2014.

306.TALPA, Ion. *Controlul judiciar al procedurii prejudiciare. Aspecte naționale și de drept comparat*. Rezumatul tezei de doctorat. Chișinău: Universitatea de Studii Europene din Moldova, 2024.

307.GROSU, V. *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 CEDO Practică judiciară:

308.*Hotărârea CC nr. 28 din 14.12.2004*. În: Monitorul Oficial nr.241/29 din 27.12.2004.

309.*Hotărârea CC nr.2 din 28.01.1999*. În: Monitorul Oficial nr.16-18/6 din 18.02.1999.

310. *Hotărârea Plenului Judecătoriai 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.
311. *Hotărârea Plenului Curții Supreme de Justiție a RM cu privire la respectarea normelor de procedură penală la adoptarea sentinței nr. 10 din 24.04.2000*.
312. *Cauza Tomasi c. Franței* (1992) și *Ribitsch c. Austriei*. (1995).
313. *Cauza Satikși alții c. Turciei*. (2000).
314. *Cauza Rehbock c. Sloveniei*. (2000).
315. *Cauza Puntea c. României*. (2003).
316. *Cauza Salman c. Turciei*. (2000).
317. *Cauza Peers c. Greciei*. (2001).
318. *Cauza Dougoz c. Greciei*. (2001).
319. *Cauza Kalashnikov c. Federației Ruse*. (2002).
320. *Cauza McGlinchey și alții c. Regatului Unit*. (2003).
321. *Cauza Winterwerp vs. Olanda*.
323. *Cauza Vulasinas c. Lituaniei*. (2001).
324. *Cauza Van der Ven c. Glandei*. (2003).
325. *Cauza Keenan c. Regatului Unit*. (2001).
326. *Hotărârea Herczegfalvy c. Austriei*. (1992).
327. *Cauza Tyrer c. Regatului Unit*. (1978).
328. *Cauza Gul v. Elveția din 19.02.1996*
329. *Hotărârea Caliskan c. Turcia din 2 octombrie 2007*
330. *Trib. Jud. Arad, Dec penală nr. 381/1969*. În: RRD, 1969, nr. 12, p. 181.
331. *Trib. Jud. Hunedoara, Dec. penală nr. 26 din 22 ianuarie 1979*. În: RRD, 1979, nr. 7, p. 66.
332. *Trib. județean Brașov, Dec. penală nr. 2/1969*. În: RRD 1969, nr. 3, p. 152.
333. *Trib. județean Suceava, Sent. pen. nr. 21 din 6 iulie 1968*. În: RRD, 1969, nr. 4, 1969, p. 183.
334. *Trib. Mun. București, Dec. nr. 470/1992*. În: Culegere, p. 208, Secția I penală.
335. *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.
336. *Trib. Suprem, Col. pen., Dec. nr. 2025 din 22 octombrie 1968*. În: RRD, 1969, nr. 6, p. 171.
337. *Trib. Suprem, Colegiu penal, Dec. nr. 326/1961, cu note de S. Ștefan și I. Pohonțu*. În: LP 1962, nr. 1, p. 89.

338. *Trib. Suprem, Secț. pen., Dec. nr. 105/1980.* În: RRD, 1980, nr. 9, p. 63.
339. *Trib. Suprem, Secț. pen., Dec. nr. 1246/1977.* În: CD, 1976, p. 235.
340. *Trib. Suprem, Secț. pen., Dec. nr. 370 din 18 martie 1989.* În: RRD, 1989, nr. 9, p. 147.
341. *Trib. Suprem, Secț. pen. dec. nr. 1813/1983.* În: CD, 1983, p. 203.
342. *Trib. Suprem. Cod penal, Dec. nr. 1042/1965.* În: CD, p. 326.
343. *Trib. Supreme, Dec. de îndrumare nr. 9/1972.* În: RRD, 1973, nr. 5.
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. *Trib. județean Suceava, Sent. pen. nr. 21 din 6 iulie 1968.* În: RRD, 1969, nr. 4, 1969, p. 183.
348. *Carte psihiatrie.* [online][citat 2022-12-06]. Disponibil: <https://ru.scribd.com/document/369919675/Kupdf-com-carte-Psihiatrie-1>
349. *Cauzele de excludere a răspunderii penale potrivit statutului Curții Criminale Internaționale.* [citat 2024-12-30]. Disponibil: <https://www.greferat.com/referate/drept/CAUZE-DE-EXCLUDERE-A-RASPUNDER841.php>.
350. *Cauzele care înlătură caracterul ilicit al faptei.* [online][citat 2022-12-06]. Disponibil: <https://pdfcoffee.com/cauzele-care-inlatura-caracterul-penal-al-faptei-4-pdf-free.html>
351. *Condițiile preexistente ale infracțiunii.* [online][citat 2022-12-06]. Disponibil: <https://www.studocu.com/ro/document/universitatea-stefan-cel-mare-suceava/drept-penal-al-afacerilor/conditii-preexistente-ale-infracțiunii/6555522>
352. *Constatările medico-științifice și medico-legale.* [online][citat 2022-12-06]. Disponibil: <https://lektsii.org/12-30113.html>
353. *Crima sub influența alcoolului un bărbat și-a omorât soția în bătai.* [online][citat 2022-12-06]. Disponibil: <http://www.crime.md/2013/03/26/crima-sub-influenta-alcoolului-un-barbat-si-a-omorat-sotia-in-batai/>
354. *Criminologie generală.* [online][citat 2022-12-06]. Disponibil: <http://ru.scribd.com/doc/97344208/21/Personalitatea-infractorului>
355. *Definiția Personalității.* [online]. [citat 2022-12-06]. Disponibil: <http://dexonline.ro/definitie/personalitate>
356. *Definiție psihiatrie.* [online][citat 2022-12-06]. Disponibil: <http://www.e-psiho.ro/articole/definitia-psihiatrie>
357. *Definiția psihologie.* [online][citat 2022-12-06]. Disponibil: <http://dexonline.ro/definitie/psihologie>

358. *Diferențe între DSM 5 și ICD-10.* [online][citat 2022-12-06]. Disponibil: <https://ro.warbletoncouncil.org/diferencias-entre-dsm-5-y-cie-10-6973>
359. *Expertiza Judiciară în cauzele privind minorii.* [online][citat 2022-12-06]. Disponibil: <https://www.scribd.com/document/192770771/Ghid>
360. *Expertiza Medico Legală Psihiatrică.* [online][citat 2022-12-06]. Disponibil: <http://ru.scribd.com/doc/23708012/Expertiza-Medico-legala-Psihiatrica>
361. *Expertiza Medico-Legală.* [online][citat 2022-12-06]. Disponibil: http://www.referat.ro/referate/Expertiza_medico-legala_psihiatrica_c3538.html
362. *Expertiza medico-legală psihiatrică.* [online][citat 2022-12-06]. Disponibil: http://www.referat.ro/referate/Expertiza_medico-legala_psihiatrica_c3538.html
363. *Expertiza medico-legală psihiatrică.* [online][citat 2022-12-06]. Disponibil: http://www.referat.ro/referate/Expertiza_medico-legala_psihiatrica_c3538.html
364. *Expertiza stărilor afective complexe în procesul penal.* 25.11.2019 [online][citat 2024-12-30]. Disponibil: <https://administrare.info/domenii/drept/13080-expertiza-starilor-afective-complexe-%C3%AEn-procesul-penal>
365. *Formele infracțiunii.* [online][citat 2022-12-06]. Disponibil: <https://www.scribd.com/document/31077493/FORMELE-INFRA%C5%A2IUNII>
366. *Ghid medical psihiatrie. Tipurile de personalitate în psihopatologie.* [online][citat 2024-12-30]. Disponibil: <https://www.esanatos.com/ghid-medical/psihiatrie/psihopatologie-nosologica/tipurile-de-personalitate-n-ps72364.php>
367. http://mcernitanu.ulim.md/?page_id=32
368. *Moldovenii pe primul loc în lume la consumul de alcool.* [online][citat 2022-12-06]. Disponibil: <http://www.timpul.md/articol/moldovenii-primul-loc-in-lume-la-consumul-de-alcool-20558.html>
369. *Nevroza.* [online][citat 2022-12-06]. Disponibil: <http://ro.wikipedia.org/wiki/Nevroz%C4%8>
370. *Noțiunea regimului penitenciar și funcțiile lui de bază. Formele regimului.* [online][citat 2022-12-06]. Disponibil: <https://ru.scribd.com/document/509136769/Referat-Executorial>
371. *Personalitatea infractorului: Factorii ce contribuie la formarea acestora.* [online][citat 2024-12-30]. Disponibil: <http://www.stiucum.com/drept/psihologie-judiciara/Profilul-personalitatii-infrac82465.php>
372. *Profilul personalității infractorului.* [online][citat 2022-12-06]. Disponibil: <http://www.stiucum.com/drept/psihologie-judiciara/Profilul-personalitatii-infrac82465.php>
373. *Psihiatrie* [online][citat 2022-12-06]. Disponibil: <http://ro.wikipedia.org/wiki/Psihiatrie>

374. *Psihoterapia Analitică*[online][citat 2022-12-06].Disponibil: www.pshioterapiepsianalitica.com
375. *Psihiatrie Judiciară*. [online][citat 2022-12-06].Disponibil: <http://legeaz.net/dictionar-juridic/psihiatrice-judiciara>
376. *Psihologie medicală*. [online][citat 2022-12-06].Disponibil: <https://www.scribd.com/document/31482894/psihologie-medicala>
377. *Referat. Personalitatea Normală și Anormală. Psihologia personalității*. [online][citat 2025-01-17].Disponibil: <https://www.scribd.com/doc/217206889/Referat-Personalitatea-Normala-Si-Anormala-Psihologia-Personalitatii>
378. *Referat. Subiectul infracțiunii*. [online][citat 2025-01-17].Disponibil: <https://www.scribd.com/document/329538917/Referat-Drept-Penal>
379. *Scopul expertizei medico legale*. [online][citat 202-12-06].Disponibil: <http://www.rasfoiesc.com/educatie/psihologie/Scopul-expertizei-medicolegale79.php>
380. *Suport de curs Medicina Legală. Expertiza Medico-Legală psihiatrică*. [online][citat 2022-12-06]. Disponibil: <http://www.umfiasi.ro/Rezidenti/suporturidecurs/Facultatea%20de%20Medicina/Medicin%20Legala%20-%20modul%20Medicina%20Legala/Expertiza%20medico-legala%20psihiatrica.pdf>
381. *Отвественность за убийство, совершенное в состоянии аффекта по Уголовному кодексу Российской Федерации*. [online][citat 2022-12-06].
382. *Убийство в состояний аффекта*. [online][citat 2022-12-06].Disponibil: <https://xreferat.com/22/8722-4-ubiiystvo-v-sostoyanii-affekta.html>

ANEXE:

Anexa 1. Înscrisuri procesuale esențiale

ORDONANȚA

cu privire la efectuarea expertizei psihiatrice judiciare în regim de internare

mun. Chișinău

20 aprilie 2006

Ofițerul de urmărire penală din cadrul Comisariatului de Poliție al sectorului Botanica, mun. Chișinău, căpitan de poliție Crețu Irina, instrumentează cauza penală nr. 20057392920, inițiată în baza indiciilor infracțiunii prevăzute de art. 197 din Codul Penal al Republicii Moldova.

CONSTAT:

În intervalul de 15 zile, cuprins între 25 martie și 10 aprilie 2006, X a incendiat trei locuințe din satul Băcioi, municipiul Chișinău, proprietatea unor persoane fizice, precum și patru hambare situate în aceeași localitate. Incendiile au pus în pericol viața și sănătatea locatarilor, cauzând, totodată, pagube materiale semnificative. Până la data de 13 aprilie 2006, autorul faptelor nu fusese identificat.

La 13 aprilie 2006, în jurul orei 20:00, X și-a incendiat propria locuință, în care se aflau soția sa, Ioana, mama acestuia și doi copii minori. Incendiul a fost observat și stins de către vecinii Y și Z. Audiati în calitate de martori, aceștia au relatat că, în seara respectivă, în timp ce se aflau în curtea lor, l-au văzut pe X apropiindu-se de propria casă cu un pachet în mână. Fără să intre în locuință, acesta s-a îndreptat spre anexă, a desfăcut pachetul ce părea a conține un teanc de hârtie, l-a așezat sub pragul ușii, i-a dat foc și a fugit. Cei doi martori au intervenit imediat, sărind gardul și stingând incendiul cu ajutorul unei haine.

Potrivit mărturiilor vecinilor, în ultima perioadă, X manifesta un comportament neobișnuit, fiind retras și izolat. Această schimbare a stârnit suspiciuni, motiv pentru care aceștia au fost atenți la acțiunile sale. Declarații similare au fost oferite și de soția, mama și colegii săi de serviciu, care au menționat că, deși în general avea o conduită normală, devenise din ce în ce mai tăcut. Soția și mama sa au precizat că, recent, obișnuia să întârzie la serviciu și să plece seara de acasă, fără a oferi explicații clare privind destinația sau activitățile sale.

Reținut și audiat în calitate de bănuț, X a recunoscut că este autorul incendiilor anterioare, însă a refuzat să ofere detalii despre motivele acțiunilor sale, susținând că nu are dreptul să vorbească despre acest aspect. De asemenea, a declarat că nu cunoaște niciunul dintre proprietarii locuințelor și hambarelor incendiate.

În cadrul investigației, s-a stabilit că X nu a fost diagnosticat anterior cu afecțiuni psihice, nu figura în evidențele medicale ca pacient al unui psihiatru sau neurolog și nu a urmat tratamente pentru astfel de probleme. Totodată, nu era cunoscut pentru consum excesiv de alcool.

Cu toate acestea, natura faptelor comise, comportamentul său în viața de zi cu zi, la locul de muncă (*unde era angajat ca hamal la un magazin alimentar*), precum și atitudinea sa în timpul anchetei ridică suspiciuni cu privire la starea sa psihică.

Având în vedere cele constatate și în conformitate cu prevederile art. 57, 142, 144, 146 și 152 din Codul de Procedură Penală, se impune dispunerea unei expertize psihiatrice judiciare pentru evaluarea capacității sale mintale.

DISPUN:

Se dispune efectuarea unei expertize psihiatrice judiciare de comisie în prezenta cauză. Responsabilitatea efectuării acestei expertize revine Instituției Medico-Sanitare Publice Spitalul Clinic de Psihiatrie.

Se înaintează o solicitare către procuror pentru a sesiza judecătorul de instrucție în vederea autorizării internării lui X în cadrul instituției medicale menționate.

Se formulează următoarele întrebări pentru experți:

- La momentul comiterii incendiilor, suferea X de o afecțiune psihică? Dacă da, care este diagnosticul?
- Această afecțiune psihică i-a afectat capacitatea de a înțelege și de a controla acțiunile sale în momentul producerii incendiilor?
- În prezent, X suferă de vreo boală psihică? Dacă da, care este aceasta?
- Boala psihică de care suferă este temporară și îi afectează capacitatea de a fi conștient de acțiunile sale?
- Se impune aplicarea unui tratament psihiatric obligatoriu în cazul lui X?

Se pun la dispoziția experților toate materialele aferente cauzei penale nr. 20057392920 și se asigură condițiile necesare examinării medicale a învinuitului în regim de dispensar.

Procurorul urmează să fie informat cu privire la decizia adoptată.

Ofițer de urmărire penală

Căpitan de poliție

C. I.

Anexa 1.2. ORDONANȚĂ

Privind dispunerea efectuării expertizei psihologico-psihiatrice în regim de internare

mun. Chișinău

„ 11.” 08. 2010

Procuror în procuratura sect. Centru

mun. Chișinău

Doroș Vlad, examinând materialele *cauzei penale nr. 2018976543*

Subsemnatul, procuror în cadrul Procuraturii sectorului Centru, municipiul Chișinău, examinând materialele cauzei penale nr. 2010011347, pornită la data de 11.08.2010, în baza art. 191 alin. (2) lit. c) și art. 361 alin. (1) Cod Penal, având în vedere următoarele:

În fapt, la 17.07.2010, în timp ce activa în calitate de poștaş la Oficiul Poștal nr. 2028 din municipiul Chișinău, situat pe strada Grigore Vieru nr. 20 A., inculpatul T. N., fiind responsabilă de distribuirea pensiilor și indemnizațiilor conform fișei postului, a urmărit însușirea ilegală a unor mijloace bănești. Astfel, după ce a primit suma de 1025,00 lei, reprezentând pensia pentru luna iulie 2010 a cetățeanului L. M., aceasta a falsificat documentul oficial Dispoziția de plată a pensiei nr. 147282, introducând în mod fraudulos semnătura destinatarului în rubrica „primit/semnat”. Ulterior, în scopul disimulării acțiunii ilegale, inculpata a prezentat documentul contrafăcut la Oficiul Poștal, prejudiciind astfel persoana vătămată cu suma menționată.

La data de 27.10.2010, T. N. a fost pusă sub învinuire pentru săvârșirea infracțiunilor prevăzute la art. 191 alin. (2) lit. c) și art. 361 alin. (1) Cod Penal.

Ținând cont că, în cursul urmăririi penale, au apărut dubii cu privire la capacitatea învinuitei de a înțelege și percepe corect împrejurările esențiale ale cauzei, se impune examinarea stării sale psihice prin intermediul unei expertize psihologico-psihiatrice.

În temeiul art. 52, 142, 143, 144 și 255 Cod de Procedură Penală,

DISPUN:

Efectuarea unei expertize psihologico-psihiatrice în privința învinuitului T. N., pentru a determina capacitatea sa psihică la momentul săvârșirii faptelor imputate.

Instituirea în sarcina unei instituții medico-sanitare specializate efectuarea expertizei respective, conform normelor în vigoare.

Adresarea unui demers către procuror pentru solicitarea autorizării internării inculpatei în vederea examinării în regim staționar, dacă va fi necesar.

Adresarea experților cu următoarele întrebări:

Suferea L. M. de vreo tulburare psihică în momentul comiterii faptelor? Dacă da, de care anume?

A afectat această eventuală tulburare capacitatea sa de a înțelege caracterul și consecințele acțiunilor sale?

Suferă în prezent de vreo afecțiune psihică? Dacă da, de care anume?

Este boala sa psihică temporară și are impact asupra discernământului său actual?

Necesită inculpata tratament medical obligatoriu?

Punerea la dispoziția experților a materialelor cauzei penale nr. 2018976543.

Asigurarea examinării în condiții de specialitate ale învinuitei, conform cerințelor legale.

Informarea procurorului despre măsurile dispuse prin prezenta ordonanță.

Procuror,

[Semnătura]

Anexa 1.3. ORDONANȚĂ

privind dispunerea expertizei psihiatrico-judiciare ambulatorii

mun. Chișinău

20 septembrie 2010

**Ofițer de urmărire penală din cadrul Comisariatului de Poliție al sectorului Buiucani,
mun. Chișinău,**

locotenent-major de poliție A. L., examinând materialele cauzei penale nr. 2010045123, începută în baza semnelor componente de infracțiune prevăzute în art. 192 alin. (2) lit. b) din Codul Penal,

CONSTAT:

La 5 august 2010, în jurul orei 14:30, în fața magazinului „*Orion*” situat pe strada Alba Iulia, nr. 18, mun. Chișinău, a avut loc un incident în urma căruia C. M., în vârstă de 52 de ani, a fost agresat fizic de către o persoană necunoscută, care, folosind forța, i-a sustras portofelul conținând 1 800 lei, un card bancar și actele personale.

Martori ai incidentului au fost D. V., în vârstă de 65 de ani, și M. I., în vârstă de 16 ani, care au oferit declarații contradictorii cu privire la aspectul agresorului.

Astfel, D. V. a afirmat că acesta era un bărbat în vârstă de aproximativ 35 de ani, cu părul scurt și purta o jachetă neagră. Pe de altă parte, M. I. a descris făptuitorul ca fiind un tânăr de aproximativ 20 de ani, cu părul lung și purtând un tricou verde.

Având în vedere discrepanțele dintre declarațiile martorilor și ținând cont de prevederile art. 143 CPP, potrivit cărora expertiza este obligatorie în astfel de situații,

DISPUN:

Efectuarea expertizei psihiatrico-judiciare ambulatorii la Instituția Medico-Sanitară Publică Spitalul Clinic de Psihiatrie.

Solicitarea experților să răspundă la următoarele întrebări:

Este în stare martorul D. V. să perceapă corect împrejurările și suferă acesta de vreo afecțiune psihică?

Este în stare martorul M. I. să perceapă corect împrejurările și suferă aceasta de vreo afecțiune psihică?

În cazul în care unul dintre martori suferă de vreo boală psihică, despre ce afecțiune este vorba?

Punerea la dispoziția experților a materialelor cauzei penale nr. 2010045123.

Informarea procurorului despre hotărârea adoptată.

**Ofițer de urmărire penală,
Locotenent-major de poliție
A. L.**

**Anexa 1.4. Demers cu privire la autorizarea internării învinuitului în instituția medicală
pentru efectuarea expertizei psihologico-psihiatrice staționare**

**PROCURATURA
REPUBLICII MOLDOVA**
Procuratura sectorului
Centru municipiul
Chișinău



*MD-2 001, mun. Chișinău bd. /
Stefan 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 бд.
Штефан чел Маре 73
e-mail: proc-ccce(algov.md)
тел. 27-44-17*

D-lui Ion Busuioc Președintele Judecătoriei sect.
Centru mun. Chișinău

DE M E R S

**cu privire la autorizarea internării învinuitului în instituția medicală pentru efectuarea
expertizei psihologico-psihiatrice staționar**

La 15.08.2011, de către Procuratura sectorului Buiucani, mun. Chișinău, a fost pornită cauza penală nr. 2011023456, în baza art. 186 alin. (2) lit. b) și 287 alin. (1) CP, pe faptul că la 28.07.2011, Spinei Alexandru, activând în calitate de agent de pază la Compania de Securitate „Fortis”, și-a depășit atribuțiile de serviciu și a agresat fizic un client al magazinului „Universal”, situat în mun. Chișinău, str. Ion Creangă 12, aplicându-i multiple lovituri, cauzându-i vătămări corporale medii.

În cadrul urmăririi penale, s-a stabilit că S. A. manifesta un comportament agresiv și confuz, având momente în care nu putea oferi explicații coerente asupra acțiunilor sale. De asemenea, martorii au declarat că în perioada anterioară incidentului, învinuitul prezenta semne de tulburări de comportament, inclusiv episoade de retragere socială și reacții disproporționate la

situații minore.

La 12.09.2011, S. A. a fost pus sub învinuire în baza art. 186 alin. (2) lit. b) și 287 alin. (1) CP. Ținând cont de faptul că în cadrul urmăririi penale au apărut îndoieli cu privire la capacitatea învinuitului de a percepe și înțelege just faptele și împrejurările cauzei, a apărut necesitatea dispunerii unei expertize psihologico-psihiatrice staționar în privința acestuia.

În baza celor expuse, conform prevederilor art. 52, 142, 143, 144, 145, 152, 304, 305 CPP,

S O L I C I T:

Autorizarea efectuării expertizei psihologico-psihiatrice staționar, pe o durată de 10 zile, în privința învinuitului S. A., născut la 04.06.1983, domiciliat în mun. Chișinău, str. Alba Iulia 24, ap. 8, dispune efectuarea expertizei de către specialiștii Spitalului Clinic de Psihiatrie mun. Chișinău, or. Codru, cu internarea acestuia în instituția medicală menționată.

Procuror în Procuratura sectorului Buiucani, mun. Chișinău

D. R.



Î N C H E I E R E

10 februarie 2022

Judecătoria Buiucani, mun. Chișinău

Instanța compusă din:

Președinte, judecător de instrucție – A. M.

Grefier – D. C.

Cu participarea:

Procurorului – V. L.

Avocatului – M. Ț.

a examinat în ședința de judecată secretă demersul procurorului din Procuratura sectorului Buiucani, mun. Chișinău, Victor Lupu, privind autorizarea internării învinuitului R. V. I., născut la 12.03.1985, domiciliat în mun. Chișinău, str. Alba Iulia 34, ap. 12, necăsătorit, fără persoane la întreținere, fără antecedente penale, cetățean al Republicii Moldova, în instituția medicală de psihiatrie pentru efectuarea expertizei medico-legale psihiatrice în staționar.

Instanța constată:

R. V. I. este învinuit, conform circumstanțelor expuse în ordonanța de punere sub învinuire din 05.02.2022, de săvârșirea infracțiunii prevăzute de art. 201 alin. (2) lit. b) Cod penal.

Procurorul V. L. a înaintat în instanța de judecată demersul privind autorizarea internării învinuitului R. V. I. în instituția medicală specializată, pentru efectuarea expertizei medico-legale psihiatrice în condiții de staționar.

În ședința de judecată, procurorul a solicitat admiterea demersului, iar bănuitul și apărătorul său s-au opus, solicitând respingerea acestuia.

Audiind participanții la proces și examinând materialele prezentate, instanța de judecată consideră că demersul este întemeiat și trebuie admis, întrucât, conform informațiilor parvenite de la Spitalul Clinic de Psihiatrie din mun. Chișinău, efectuarea expertizei medico-legale psihiatrice în privința lui R. V. I. este necesară și posibilă doar în condiții de staționar.

Circumstanțele menționate justifică internarea învinuitului în instituția medicală psihiatrică nominalizată, pentru efectuarea expertizei medico-legale psihiatrice în staționar.

În temeiul art. 41, 152, 305 și 490 Cod procedură penală,

DISPUNE:

A admite demersul procurorului din Procuratura sectorului Buiucani, mun. Chișinău, V.L., și a autoriza internarea învinuitului R. V. I. pe un termen de 30 zile în Spitalul Clinic de Psihiatrie, or. Codru, pentru efectuarea expertizei medico-legale psihiatrice în staționar.

ÎNCHEIEREA ESTE CU DREPT DE RECURS

în termen de 48 de ore la Curtea de Apel Chișinău.

Judecător de instrucție,

A. M.

Anexa 1.6. Scrisoare de însoțire

**PROCURATURA
REPUBLICII MOLDOVA**
Procuratura sectorului Centru
municipiul Chișinău
*MD-2 001, mun. Chișinău bd
Ștefan cel Mare 73 e-mail: [proc-
CCe@aleOV.md](mailto:proc-
CCe@aleOV.md) tel. 27-44-17*
nr. 28/
la nr. din



**ПРОКУРАТУРА
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА**
Прокуратура сектора
Центру мунципалитя
Кишинэу
*MD-2001, мун. Кишинэу бул.
Штефан чел Маре 73 e-mail:
proc-CCe@gOV.md тел. 27-
44-17*

Anexă: Scrisoare de însoțire

D-lui A. P.

**Director al Spitalului Clinic de Psihiatrie
str. Costiujeni 3, mun. Chișinău**

Expediez în adresa Dvs. ordonanța cu privire la dispunerea efectuării expertizei psihologico-psihiatrice în privința învinuitului R. V. I.

Anexă: Ordonanța pe 1 filă.

Cauza penală nr. 2025002143 pe file.

Procurorul sect. Buiucani

mun. Chișinău

V. L.

Anexă 1.7. ACORD 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 expertiză psihiatrică-legală și specialistul psiholog din cadrul IMSP SCP RM. Caracterul și scopul examinării mi-au fost explicate în mod clar și detaliat.

Am înțeles toate informațiile primite din partea medicului și am avut posibilitatea să adresez întrebări, primind răspunsuri adecvate. Benevol îmi exprim consimțământul conștient pentru efectuarea procedurilor descrise.

Concomitent, îmi asum responsabilitatea pentru respectarea regulilor de comportament și îndeplinirea recomandărilor primite în cadrul examinării.

Data: _____

Semnătura persoanei expertizate: _____

(sau a reprezentantului legal, dacă este cazul – nume, prenume)

Confirm că eu, (*nume, prenume, expert judiciar psihiatru*), am explicat persoanei expertizate caracterul și scopul examinării.

Data: _____

Semnătura psihiatrului expert: _____

Spitalul Republican de Psihiatrie

Mun. Chișinău, (data întocmirii documentului)

Către Procurorul Procuraturii sect. Rîșcani

(Nume, prenume, funcție – jurist de rangul I)

Prin prezenta, confirm că cetățeanul (*nume, prenume, anul nașterii, domiciliul*) nu se află la evidență psihiatrică.

Medic-șef,

(Nume, prenume, semnătura)

Anexă 1.8. Raport de expertiză

RAPORT DE EXPERTIZĂ

Nr. ____

Pe dosarul penal nr. ____

„____” 20 (locul emiterii)

Expertiză psihologică judiciară ambulatorie efectuată conform Ordonanței emise de către

(denumirea organului de urmărire penală, numele și prenumele ofițerului)

Expertiza a fost realizată de către *(denumirea centrului de expertiză care a efectuat expertiza)*.

Se solicită soluționarea următoarei întrebări:

**S-a aflat oare X.Y. în stare de afect survenită în mod subit în momentul comiterii faptei
incriminate?**

CERCETĂRI:

Analiza dosarului penal nr. ____ și datele relatate de persoana expertizată stabilesc următoarele aspecte relevante pentru hotărârea judiciară și pentru evaluarea personalității lui X.Y.

Pe data de ..20__, în jurul orei :, aflându-se în __, fiind în stare de ebrietate alcoolică, din motive personal-ostile, în cadrul unei altercații apărute subit între X.Y. și M.N., acesta i-a aplicat victimei multiple lovituri cu pumnii, precum și lovituri cu un obiect contondent metalic, în regiunea capului. În urma acestora, victima a suferit leziuni corporale grave, care, ulterior, la data de ..20, au cauzat decesul lui M.N.

În conformitate cu probele din dosar, sunt evidențiate o serie de particularități ale personalității inculpatului X.Y., ale comportamentului său înainte, în timpul și după comiterea faptei.

OBIECTIVE:

Expertizatul X.Y. prezintă următoarele caracteristici relevante:

Constituție fizică: statură medie, nutriție satisfăcătoare.

Date anamnestice: A fost școlarizat la vârsta de 7 ani. După o traumă cranio-cerebrală la 15 ani, a devenit nervos, impulsiv, cu tendințe explozive. A fost condamnat anterior, în anul 1979, conform art. ____, fiind privat de libertate timp de 6 ani. În anul 2000, după decesul fiului său, a manifestat simptome de anxietate, ametele și episoade de pierdere a conștiinței.

Caracterizare socială: Face abuz de băuturi alcoolice.

La locul de trai este perceput contradictoriu (*aprecieri negative și pozitive*).

Evenimentul analizat: La data incidentului, inculpatul nu a avut o intenție premeditată de

agresiune. Conflictul a fost generat spontan, pe fondul unei datorii neachitate. Agresivitatea s-a manifestat progresiv, având o reacție impulsivă în fața amenințării percepute din partea victimei.

CONSTATĂRI PSIHOLOGICE:

Examinarea expertizatului a relevat următoarele aspecte:

1. Memoria și atenția sunt păstrate.
2. Intelectul corespunde nivelului de educație, iar gândirea este consecutivă și logică.
3. Capacitatea de conștientizare a acțiunilor este prezentă, fără deficiențe cognitive evidente.

Caracteristici ale personalității:

Impulsivitate ridicată și toleranță scăzută la frustrare.

Tendințe agresive în situații conflictuale, mai ales în combinație cu consumul de alcool.

Dificultăți de adaptare și control emoțional în situații de stres.

Predispoziție spre reacții de tip extrapunitive (*agresivitate direcționată spre exterior*).

CONCLUZII:

Pe baza datelor prezentate, se poate răspunde la întrebarea formulată:

Dezechilibrul emoțional manifestat de X.Y. la data de ..20__ nu poate fi calificat ca un afect fiziologic complet, în sensul unei pierderi totale a controlului conștiinței și al voinței. Cu toate acestea, s-a remarcat o îngustare ușoară a conștiinței, simptome intense de furie și o reacție impulsivă în fața stimulului frustrant, ceea ce a determinat comportamentul agresiv.

S-au observat semne moderate de extenuare emoțională și fizică, fără o incapacitate totală de evaluare a propriului comportament și a consecințelor acestuia.

Psiholog expert judiciar

(Nume, prenume, semnătura)

Psiholog consultant

(Nume, prenume, semnătura)

Anexă 1.9. Raport de expertiză medico-legală psihiatrică
Ministerul Sănătății al Republicii Moldova

Instituția

Nr. ____ din 20__

Către:

RM, Procuratura r-lui _____

Procuror-interimar, D-lui _____

Vă expediez dosarul penal nr. _____ și raportul de expertiză medico-legală psihiatrică
staționară pe numele _____, expus pe __ pagini.

Medic șef adjunct IMSP SCP RM

Dr. _____

BIROUL REPUBLICAN DE EXPERTIZĂ PSIHIATRICĂ LEGALĂ

Raport nr. __ din 20__

de expertiză psihiatrică legală staționară

Persoana expertizată: _____, anul nașterii ____, bănuț(ă) pentru comiterea infracțiunii prevăzute de art. __ alin. __ lit. „,” din CP RM.

Expertiza psihiatrică legală staționară a fost efectuată de comisia de psihiatri experți în următoarea componență:

Președinte: psihiatru, expert judiciar de categorie superioară, stagiu - __ ani, Dr.

Psihiatru, expert judiciar de categorie întâia, stagiu - __ ani, Dr. _____

Raportor: Dr. _____

În baza ordonanței de numire a expertizei psihiatrice legale staționare, emisă de procurorul-interimar din Procuratura r-lui _____, D-lui _____, la data de ..20, experții au fost avertizați asupra responsabilității pentru refuz nemotivat sau elaborarea unei concluzii premeditat greșite, conform art. 312 CP RM.

Expertiza a fost efectuată la: ..20__.

CERCETĂRI

Studiind materialele dosarului penal, documentația medicală prezentată și relatările persoanei expertizate, s-au stabilit următoarele:

Persoana expertizată provine dintr-o familie cu antecedente psihiatrice, un membru al familiei suferind de _____. Dezvoltarea sa precoce nu a prezentat particularități notabile, a fost școlarizată la termen și a manifestat un nivel intelectual mediu. A absolvit __ clase și a urmat

studiile la _____. În trecut, a suferit multiple traume cranio-cerebrale.

Primele simptome psihiatrice s-au manifestat în anul , când a început să exprime idei delirante, comportament inadecvat și insomnii prelungite. A fost spitalizat(ă) prima dată în _____, ulterior având internări repetate în IMSP SCP RM pentru episoade de exacerbare a unei tulburări psihotice cronice. Diagnosticul stabilit în evidențele medicale este „_____”, cu episoade de decompensare.

La momentul incidentului din ..20__, persoana expertizată se afla în stare de ebrietate avansată și a provocat leziuni victimei, fapt confirmat de Raportul de examinare medico-legală nr. _/D din ..20.

EXAMEN CLINIC

La momentul evaluării:

Status fizic: constituție _____, fără semne patologice semnificative la nivelul organelor interne.

Status neurologic: fără deficite majore de localizare.

Investigații instrumentale și de laborator: fără abateri relevante.

Examen psihic:

Persoana expertizată este conștientă, orientată parțial auto- și allopsihic, prezintă dispoziție _____, însă nu manifestă îngrijorare față de anchetă. Gândirea este _____, cu elemente de _____. Contactul verbal este _____, răspunsurile sunt _____. Se constată idei delirante _____, afectivitate _____, lipsă de autocritică și diminuarea marcantă a reacțiilor emoționale.

CONCLUZII

În baza anamnezei, documentației medicale și evaluării psihiatrice, se confirmă diagnosticul de „_____”, caracterizat prin:

Tulburări de gândire și percepție,

Afectivitate rigidă și sărăcită,

Lipsa criticii față de propriul comportament,

Incapacitatea de a înțelege consecințele propriilor acțiuni.

La momentul săvârșirii faptei, persoana expertizată prezenta o stare psihotică activă, cu pierderea discernământului. Prin urmare, se consideră că nu avea capacitatea de a înțelege și controla acțiunile sale, fiind iresponsabil(ă) de fapta ce i se impută.

În prezent, necesită aplicarea măsurilor de siguranță cu caracter medical, respectiv tratament psihiatric prin constrângere într-un spital de psihiatrie cu supraveghere _____.

Președintele comisiei

psihiatru, expert judiciar de categorie superioară, Stagiu - __ ani: Dr. _____

Psihiatru, expert judiciar de categorie întâia, Stagiu - __ ani: Dr. _____

Raportor, medic-psihiatru: Dr. _____

**Anexă 1.10. Interviu cu medicul psihiatru, șeful secției de expertiză medico-legală
ambulatorie al Spitalului Clinic Republican de Psihiatrie, expert judiciar**

1. Dle doctor, în ce măsură există o legătură între tulburările psihice și comportamentul infracțional?

Bolile psihice pot influența comportamentul infracțional într-un mod semnificativ, deși nu sunt unicul factor determinant. De multe ori, acestea accentuează trăsăturile patologice existente și pot contribui la săvârșirea unor infracțiuni. Totuși, trebuie menționat că nu orice persoană cu o tulburare psihică are o tendință infracțională.

2. Ce categorii de tulburări psihice predispune cel mai frecvent la comportament infracțional?

Psihopatiile sunt cele mai frecvent asociate cu comportamentul delinvent, deoarece persoanele cu astfel de tulburări au un control slab asupra impulsurilor, sunt impulsive și prezintă o lipsă de empatie. De asemenea, schizofrenia paranoidă, în fazele sale acute, poate determina comportamente periculoase, în special în cazul unor episoade delirante sau halucinatorii.

3. Care sunt cele mai frecvente tipuri de infracțiuni comise de persoanele cu tulburări psihice?

În general, aceste persoane sunt implicate în infracțiuni precum acte de violență (*vătămări corporale, agresiuni*), distrugerii de bunuri sau tulburarea ordinii publice. Infracțiunile de omor sunt mai rare, dar nu inexistente. Totodată, persoanele cu dependențe de substanțe psihotrope sau alcool au un risc ridicat de a comite infracțiuni contra patrimoniului, cum ar fi furturile sau tâlhăriile.

4. Există tulburări psihice care exclud aproape complet probabilitatea unui comportament infracțional?

Tulburările anxioase severe sau psihosteniile sunt cele mai puțin criminogene, deoarece persoanele afectate tind să fie retrase, ezitante și lipsite de încredere în propriile acțiuni. Acestea nu prezintă agresivitate sau impulsivitate, factori esențiali în apariția comportamentului infracțional.

5. Ce criterii sunt luate în considerare pentru a declara o persoană iresponsabilă penal din cauza unei tulburări psihice?

Nu este suficient ca o persoană să sufere de o boală psihică pentru a fi declarată iresponsabilă penal. Este esențial să analizăm în ce măsură această tulburare a afectat discernământul persoanei la momentul săvârșirii faptei. Evaluarea se face de la caz la caz, ținând cont de istoricul medical, comportamentul înainte și după infracțiune, precum și de rezultatele

expertizei psihiatrice.

6) Pacienții diagnosticați cu boli psihice care au comis infracțiuni își recunosc de obicei faptele?

În funcție de tipul și stadiul bolii, unii pacienți nu realizează ce au făcut, nu înțeleg gravitatea faptei sau nu își amintesc detaliile acesteia. Persoanele cu schizofrenie severă sau tulburări psihotice pot avea convingeri delirante care îi determină să interpreteze realitatea distorsionat. Pe de altă parte, cei cu tulburări de personalitate, cum sunt psihopații, își amintesc adesea faptele, dar nu le percep ca fiind greșite.

7. După finalizarea tratamentului prin constrângere, care este probabilitatea ca un fost pacient să recidiveze?

Recidiva depinde foarte mult de mediul în care se întoarce persoana după externare. Dacă pacientul beneficiază de sprijin familial și respectă tratamentul prescris, șansele de recidivă sunt reduse. În schimb, dacă revine într-un mediu instabil sau asocial, riscul de a comite o nouă infracțiune crește semnificativ. În cazul psihopaților, recidiva este aproape inevitabilă, deoarece aceștia sunt greu de reabilitat și tind să devină mai periculoși după perioade lungi de detenție sau tratament forțat.

8. Se întâmplă frecvent ca infractorii să încerce să simuleze boli psihice pentru a scăpa de răspunderea penală?

Da, există astfel de cazuri, iar cei mai predispuși la simulare sunt psihopații. Totuși, expertiza psihiatrică medico-legală este foarte riguroasă, implicând teste și evaluări repetate. În unele cazuri, persoanele suspecte de simulare sunt plasate într-un spital de psihiatrie pentru observație îndelungată, iar dacă nu prezintă simptome autentice, strategia lor este demascată. De regulă, cei care simulează boala își pierd rapid motivația după o perioadă de internare forțată alături de pacienți cu afecțiuni grave.

9. Există o corelație între vârsta, sexul unei persoane și riscul de a dezvolta o boală psihică ce poate favoriza comportamentul infracțional?

Bolile psihice pot apărea la orice vârstă, dar debutul majorității tulburărilor grave are loc în adolescență sau la începutul maturității. Deși atât bărbații, cât și femeile pot suferi de tulburări psihice, anumite boli sunt mai frecvente în funcție de sex. De exemplu, schizofrenia paranoidă și epilepsia sunt mai frecvente la bărbați, în timp ce femeile sunt mai predispuse la depresii severe și psihoze afective.

10. Care a fost cea mai gravă infracțiune comisă de o persoană cu o tulburare psihică pe care ați întâlnit-o în cariera dvs.?

Unul dintre cele mai șocante cazuri a fost cel al unui pacient diagnosticat cu schizofrenie paranoidă, care, în urma unor episoade delirante intense, și-a ucis întreaga familie. Acesta a atacat cu un topor soția, mama și doi copii minori, fiind convins că aceștia îi voiau răul. Cazul a fost deosebit de tragic, iar pacientul a fost declarat iresponsabil și internat într-un spital de psihiatrie cu regim special.

11. În concluzie, ce măsuri ar trebui luate pentru a preveni astfel de cazuri?

Este esențial ca pacienții diagnosticați cu tulburări psihice grave să fie monitorizați constant și să beneficieze de tratament adecvat. De asemenea, familia și comunitatea joacă un rol crucial în reintegrarea lor socială. Pe lângă măsurile medicale, trebuie să existe o colaborare strânsă între instituțiile psihiatrice, justiție și servicii sociale pentru a preveni recidiva și pentru a proteja atât pacienții, cât și societatea.

**Anexa 1.11. Ordonanță privind sesizarea instanței pentru dispunerea măsurilor de
constrângere cu caracter medical**

ORDONANȚĂ

**privind trimiterea cauzei în instanța de judecată în vederea aplicării măsurilor de
constrângere cu caracter medical**

COORDONAT

Procuror al sect. Centru, mun. Chișinău

Jurist de rangul I

semnătura

Rusu Adrian

10 februarie 2025

Mun. Chișinău

La 9 februarie 2025, subsemnatul, Rusu Adrian, procuror în Procuratura sectorului Centru, municipiul Chișinău, jurist de rangul II, examinând materialele cauzei penale nr. 2025240038,

A CONSTATAT:

Urmărirea penală în prezenta cauză a fost începută la data de 15 ianuarie 2025 de către Procuratura sectorului Centru, municipiul Chișinău, în baza art. 188 alin. (2) lit. b) din Codul penal, ca urmare a sesizării privind agresarea fizică a unui minor.

În cadrul urmăririi penale s-a stabilit că la data de 14 ianuarie 2025, aproximativ ora 19:30, în incinta unui bloc de locuințe situat pe str. Mihai Eminescu nr. 45, mun. Chișinău, numitul D. L., aflându-se într-o stare de agitație psihică severă, determinată de o tulburare psihică diagnosticată anterior, a agresat fizic un minor de 12 ani, aplicându-i lovituri repetate cu obiecte contondente.

Potrivit concluziilor Raportului de expertiză medico-legală nr. 521/2025 din 18 ianuarie 2025, victima a suferit leziuni corporale medii, fără a-i fi pusă în pericol viața.

Conform Raportului de expertiză medico-legală psihiatrică nr. 74-P/2025 din 5 februarie 2025, rezultă că D. L. prezintă o tulburare psihotică cronică, fiind în incapacitate de a-și da seama de caracterul faptelor sale și de a-și dirija acțiunile la momentul comiterii faptei.

Vinovăția acestuia și împrejurările cauzei sunt probate prin următoarele:

1. Procesul-verbal de cercetare la fața locului din 14 ianuarie 2025;
2. Declarațiile martorului M. G., din 15 ianuarie 2025;
3. Declarațiile martorului P. V., din 16 ianuarie 2025;
4. Declarațiile martorului R. I., din 16 ianuarie 2025;
5. Raportul de expertiză medico-legală nr. 521/2025 din 18 ianuarie 2025;
6. Raportul de expertiză psihiatrică nr. 74-P/2025 din 5 februarie 2025 și alte materiale din dosar.

Din probele administrate rezultă că D. L. a săvârșit fapta în stare de iresponsabilitate, neputând să conștientizeze caracterul infracțional al acțiunilor sale. În aceste condiții, se impune aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical.

În temeiul art. 52, 255 și 495 din Codul de procedură penală și art. 23, 99 și 100 din Codul penal,

DISPUN:

A expedia cauza penală nr. 2025240038 în instanța de judecată pentru soluționarea aplicării măsurilor de constrângere cu caracter medical în privința lui D. L., născut la 12 august 1987, originar din mun. Chișinău, Republica Moldova, cetățean al Republicii Moldova, necăsătorit, fără antecedente penale, fără ocupație stabilă, domiciliat în mun. Chișinău, str. Mihai Eminescu nr. 45, ap. 12.

A informa părțile interesate despre decizia adoptată.

Procuror în Procuratura sectorului Centru,

Jurist de rangul II

semnătura

R. A.

Anexă 1.12. Ordonanță de încetare a urmăririi penale în privința minorului

ORDONANȚĂ de încetare a urmăririi penale în privința minorului

COORDONAT

Procuror al sectorului Centru, municipiul Chișinău

Jurist de rangul I

F. A.

2006

semnătura

30 noiembrie

Procuror în Procuratura sectorului Centru, municipiul Chișinău, jurist de rangul III, S. V.,
examinând materialele cauzei penale nr. 2006335568,

CONSTAT:

Cauza penală a fost inițiată de Secția de urmărire penală din cadrul Comisariatului de Poliție al sectorului Centru, municipiul Chișinău, la 19 noiembrie 2006, în baza art. 186 alin. (2) lit. a), b), c) și d) din Codul penal.

Ulterior, la această cauză a fost conexată și cauza penală nr. 2004011643, inițiată la 6

decembrie 2004, în baza art. 27-186 alin. (2) lit. a), b), c) și d) din Codul penal.

La 17 noiembrie 2006, în jurul orei 23:15, minorii S. C., L. U., G. V. (în vârstă de 13 ani) și M. B. (*în vârstă de 13 ani și 9 luni*), împărțindu-și rolurile, au decis să sustragă bunuri dintr-un centru comercial situat pe str. Cireșilor nr. 65, municipiul Chișinău, proprietatea SRL „Dan”.

Pentru a-și pune în aplicare intenția infracțională, S. C. și L. U. au forțat prima ușă de la intrare și au deschis-o, după care G. V. a menținut deschisă ușa, iar Safonov Chiril a spart geamul celei de-a doua uși cu o piatră, în timp ce M. B. supraveghea zona.

După pătrunderea în magazin, aceștia au sustras bunuri în valoare totală de 1.618 lei, după care au fugit de la fața locului.

Ulterior, la 23:55, considerând că magazinul nu dispune de sistem de alarmă, au revenit și au încercat din nou să sustragă bunuri în valoare de 2.247,50 lei, moment în care au fost prinși în flagrant delict de agenții de securitate ai firmei „Vifor”.

Analiza juridică a faptelor

Prin acțiunile lor, S. C. și L. U. au săvârșit infracțiunea de furt calificat, prevăzută la art. 186 alin. (2) lit. a), b), c) și d) din Codul penal. În ceea ce-l privește pe S. C., tentativa sa de a comite un nou furt a fost împiedicată de intervenția agenților de pază, ceea ce încadrează fapta sa la tentativă de furt calificat, conform art. 27-186 alin. (2) lit. a), c) și d) din Codul penal.

Cu privire la G. V. și M. B., din actele cauzei rezultă că aceștia aveau, la momentul comiterii faptei, vârsta de 13 ani. Potrivit art. 186 din Codul penal, răspunderea penală pentru această infracțiune intervine de la vârsta de 14 ani. Acest fapt este confirmat și de adeverințele de naștere prezentate de reprezentanții legali ai minorilor.

Întrucât G. V. și M. B. nu au împlinit vârsta minimă pentru răspundere penală, faptele acestora nu întrunesc elementele constitutive ale infracțiunii.

În temeiul art. 52 și art. 285 alin. (1) pct. 3) din Codul de procedură penală,

DISPUN:

Încetarea urmăririi penale în privința minorilor G. V., născut la 26 decembrie 1993, și M. B., născut la 16 februarie 1993, din lipsa componenței de infracțiune.

Transmiterea ordonanței către Inspecția pentru problemele minorilor din cadrul Comisariatului de Poliție al sectorului Centru, municipiul Chișinău, în vederea dispunerii măsurilor corespunzătoare de supraveghere și îndrumare a minorilor.

Informarea părților interesate cu privire la soluția adoptată.

**Procuror în Procuratura sectorului Centru,
Jurist de rangul III
semnătura
S. V.**

Anexă 1.13. Ordonanță cu privire la dispunerea expertizei medico-judiciare de stabilire a vârstei

ORDONANȚA

cu privire la dispunerea expertizei medico-judiciare pentru stabilirea vârstei

mun. Chișinău 9 februarie 2024

Ofițer de urmărire penală din cadrul Comisariatului de Poliție al sectorului Centru, mun. Chișinău, locotenent-colonel de poliție A. P., examinând materialele cauzei penale nr. 2025223315, începută în baza semnelor componente de infracțiune prevăzute în art. 191 din Codul penal, -

CONSTAT:

La 8 februarie 2024, în momentul în care încerca să sustragă bunuri dintr-un magazin situat pe str. Mihail Kogălniceanu, nr. 5, mun. Chișinău, a fost reținut un tânăr care s-a identificat cu numele de P. I. Acesta a declarat că este în vârstă de 17 ani și că nu locuiește cu părinții, fiind dintr-o familie dezorganizată. Petru Ionescu a recunoscut fapta și a explicat că furtul a avut loc din necesitate. În urma controlului, nu au fost găsite documente de identificare.

Având în vedere că pentru continuarea anchetei este necesară clarificarea vârstei inculpatului, iar conform art. 143 din Codul de procedură penală expertiza este obligatorie, iar luând în considerare dispozițiile art. 57, 142 și 144 din același cod,

DISPUN:

Se dispune efectuarea expertizei medico-legale pentru stabilirea vârstei inculpatului. Se solicită Centrului de Medicină Legală din cadrul Ministerului Sănătății și Protecției Sociale să întreprindă această expertiză.

Se va solicita expertului răspunsuri la următoarele întrebări:

Care este vârsta aproximativă a tânărului?

Corespunde aspectul fizic al tânărului vârstei declarate de acesta?

Se vor pune la dispoziția expertului toate materialele dosarului penal nr. 2025223315. Se va informa procurorul despre decizia adoptată.

Ofițer de urmărire penală,

locotenent-colonel de poliție

semnătura

A. P.

Anexa 2. Formulă de calcul a forței emoțiilor și schema funcțională a stărilor afective

Anexă 2.1. Formulă de calcul a forței emoțiilor

$$E = V(In - Ip)$$

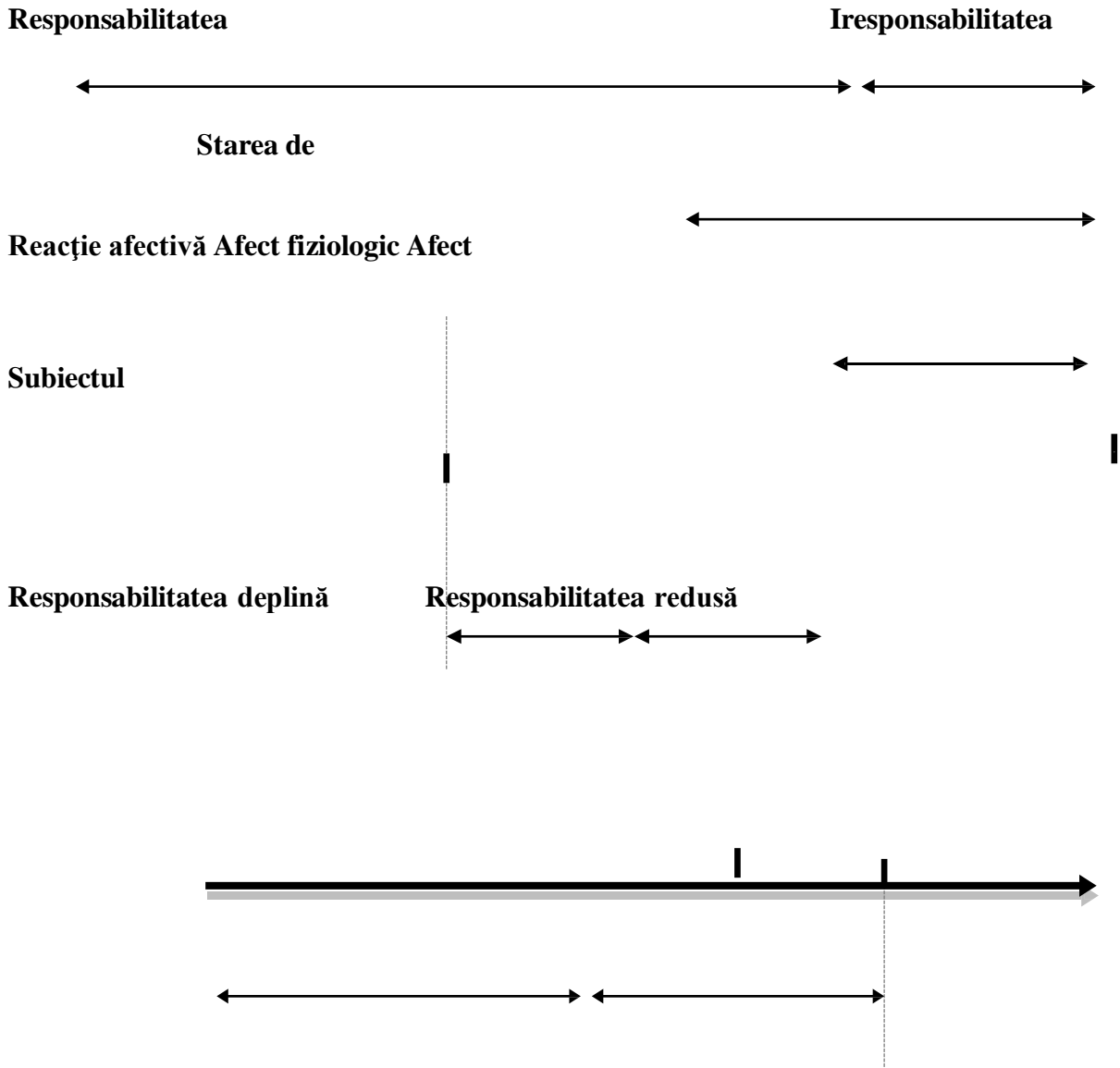
E - este forța emoțiilor,

V - valoarea, trebuința, necesitatea care a determinat-o,

In - informația pe care trebuie s-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 (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 nr. 3. Infracțiuni comise în stare de ebrietate (sursa: www.mai.gov.md)

Fig. 3.1. Reprezentarea grafică a infracțiunilor comise în stare de ebrietate, decembrie 2018

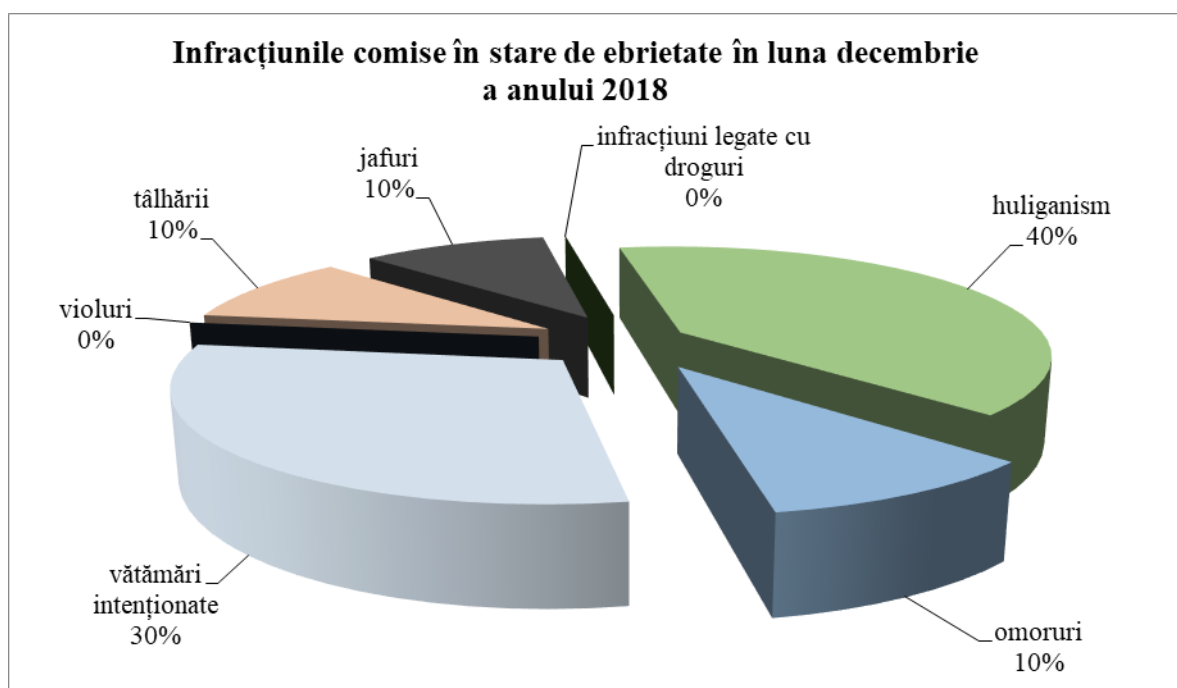
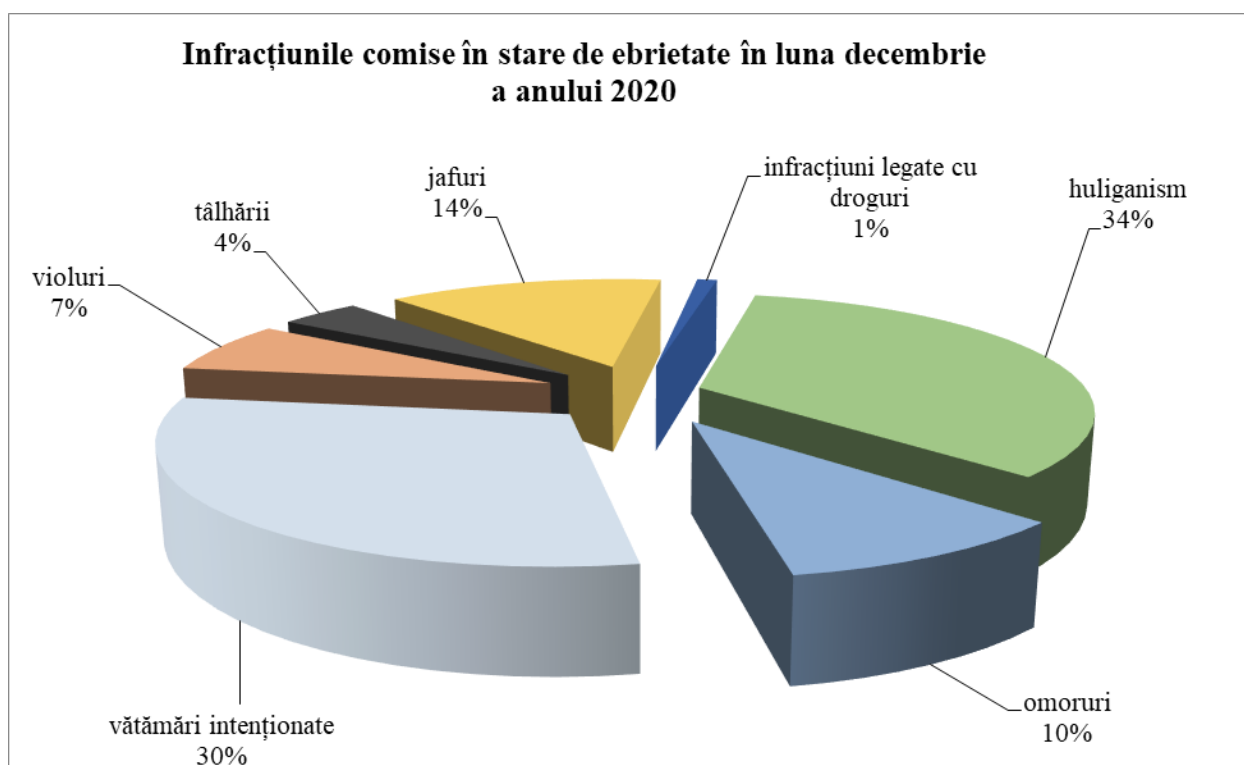


Fig. 3.2. Prezentarea grafică a infracțiunilor comise în stare de ebrietate, decembrie 2020



Anexa 4. Reprezentarea grafică a clasamentului global al consumului de alcool [sursa:

<http://gtmarket.ru/ratings/rating-countries-alcohol-consumption/infb>].

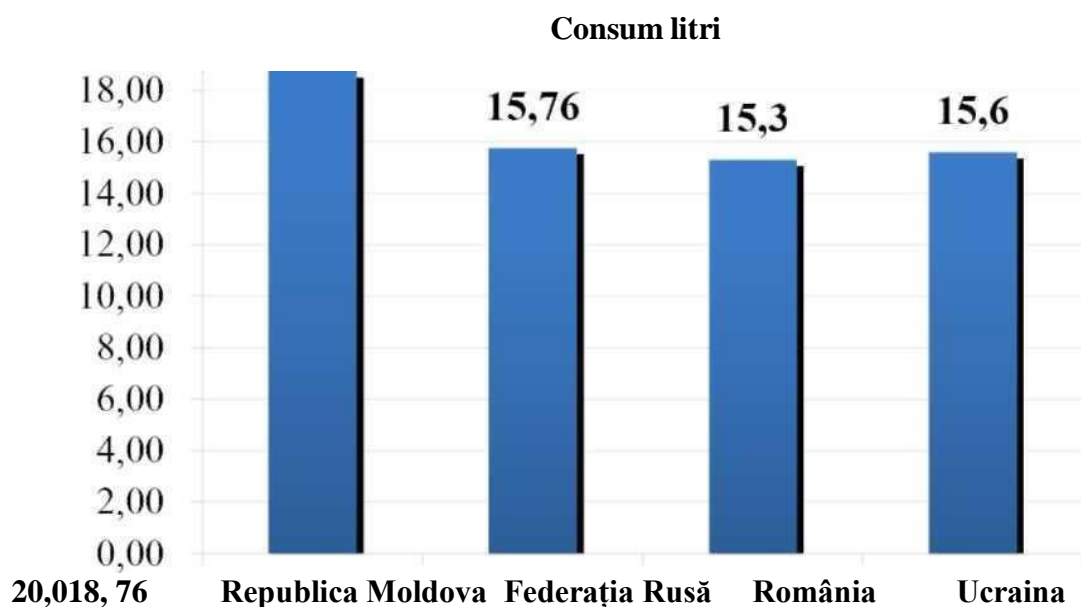
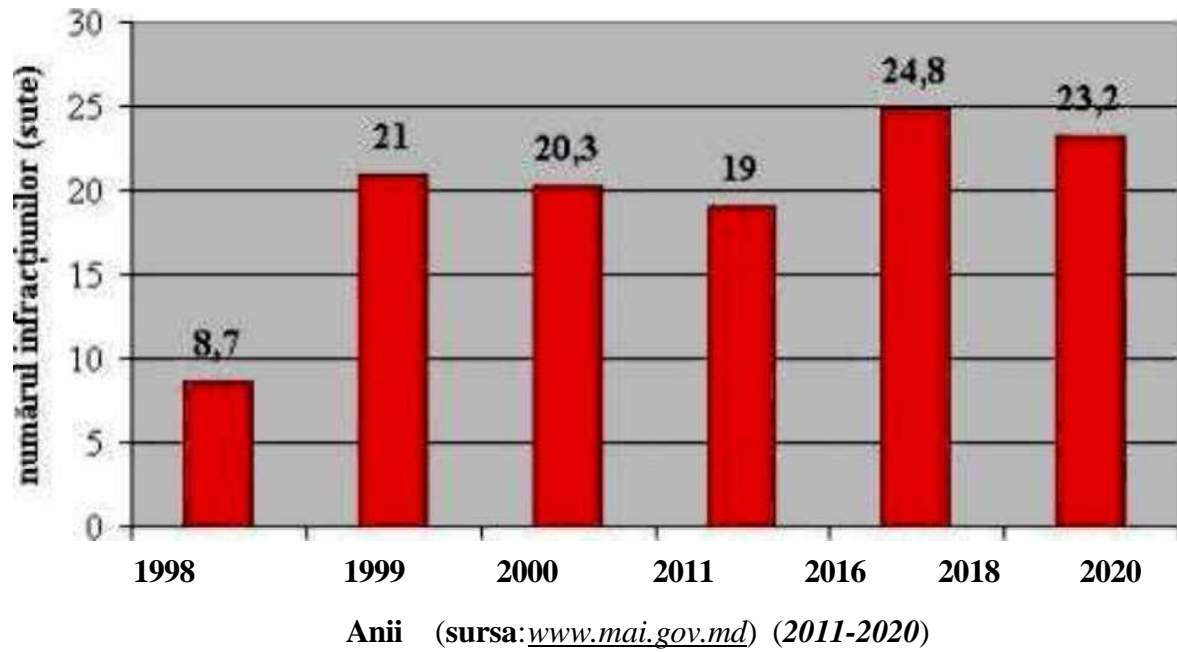


Fig. 4.1. *Reprezentarea grafică a clasamentului global al consumului de alcool*

Notă: Conform clasamentului global al consumului de alcool din 2018, realizat de Organizația Mondială a Sănătății, exprimat în litri de alcool etilic pur pe cap de locuitor, Republica Moldova se află pe primul loc dintre cele 188 de țări [sursa:<http://gtmarket.ru/ratings/rating-countries-alcohol-consumption/infb>].

Anexa 5.

Fig. 5.1. Analiza stării infraționalității legate cu droguri pe 12 ani (perioada 1998-2020)



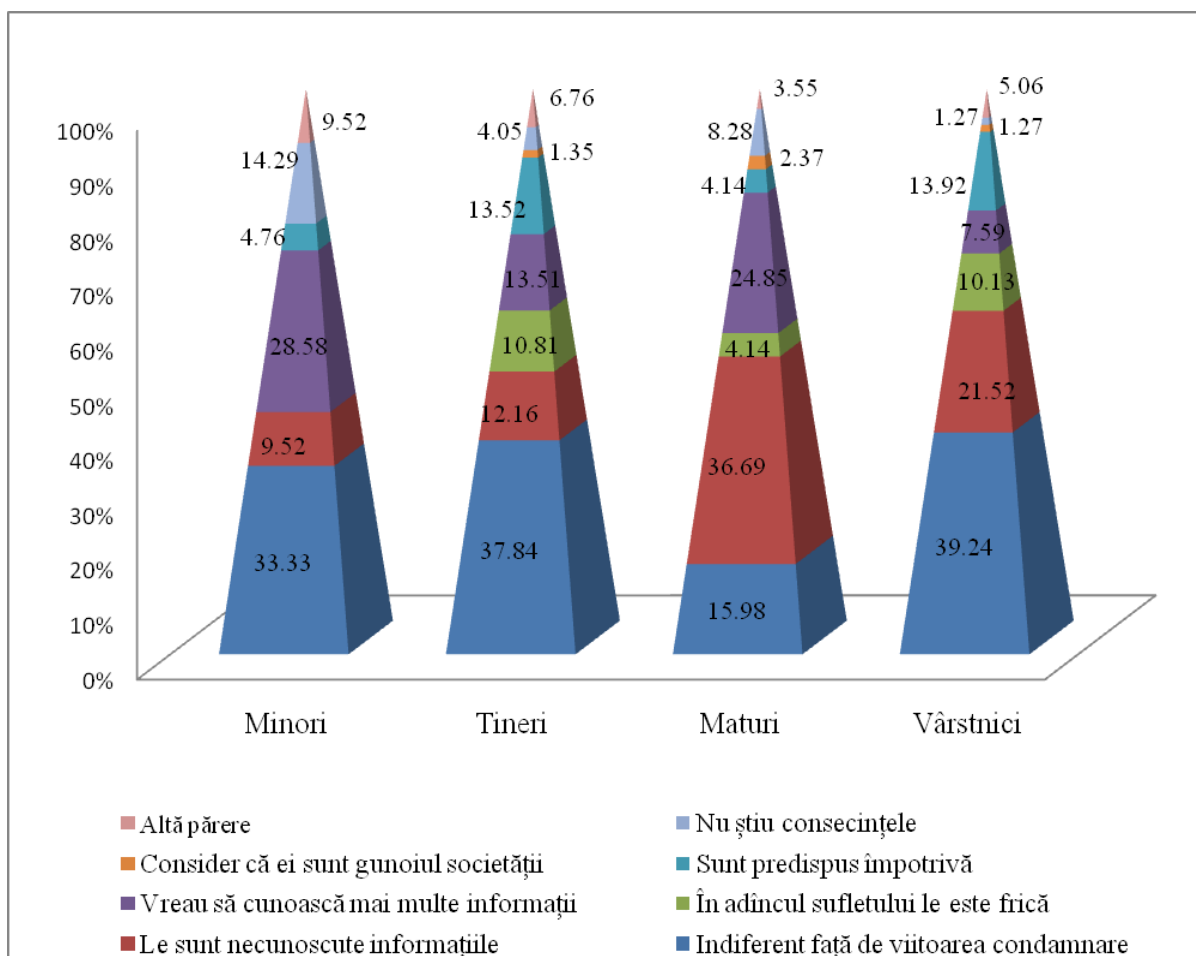
Anexa 6.

Tabelul 6.1. Date statistice privind persoanele dependente de alcool și substanțe narcotice, pentru perioada 2010/2018, în Republica 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

Anexa 7.

Fig. 7.1. Reprezentarea grafică a rezultatelor sondajelor despre opinia diferitelor grupuri de vârstă despre o posibilă condamnare viitoare (sursa: *studiu în teren*)



Sondajul a fost realizat în rezultatul studiului pe teren, având ca obiectiv solicitarea opiniei diferitelor grupuri de vârstă despre o posibilă condamnare viitoare. Rezultatele au fost evaluate în dependență de vârstă, criteriu de maturitate, discernământ și responsabilitate, etc.

Examinând diagrama în funcție de vârstă, se poate concluziona că minorii, tinerii (**19-21 de ani**), persoanele adulte și vârstnicii sunt cei care își exprimă opinia despre o posibilă condamnare penală viitoare. Dacă, în cazul minorilor, ar putea fi vorba despre imaturitate, iar în cazul elevilor despre lipsa experienței de viață, nu același lucru se poate spune despre adulți și seniori. Cu toate acestea, această grupă de persoane chestionate a avut cea mai mare pondere în exprimarea acestei opinii în analiza itemului „*Înțeleg și își asumă consecințele faptelor penale comise*”.

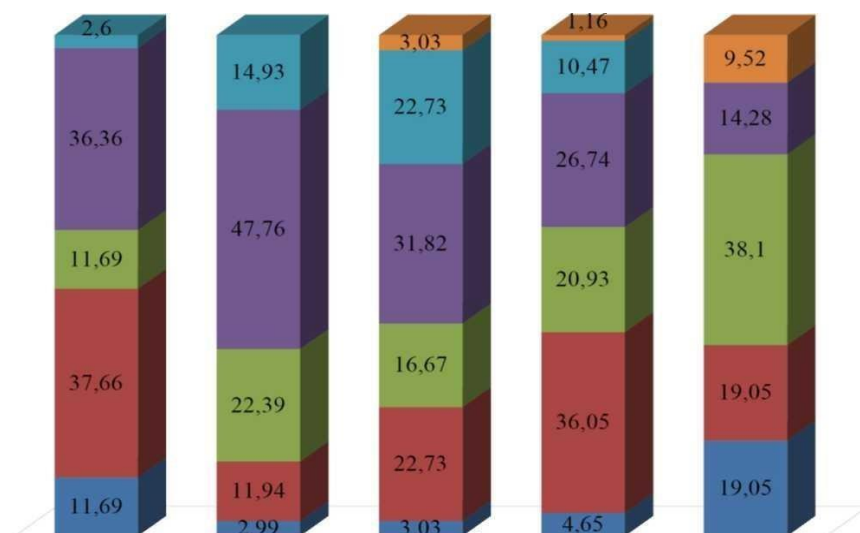
Anexa 8.

Sondaj: Cum credeți care sunt factorii de formare a unui comportament criminal?

- | | |
|--|--|
| 1. Ereditatea - 21 răspunsuri (6,62%) | 5. Consumul de droguri și alcool - 36 răspunsuri (11,36%) |
| 2. Familia - 87 răspunsuri (27,45%) | 6. Boli psihice - 5 răspunsuri (1,58%) |
| 3. Situația financiară - 61 răspunsuri (19,24%) | |
| 4. Mediul social - 107 răspunsuri (33,75%) | |

Prin acest item, am încercat să identificăm factorii care contribuie la dezvoltarea comportamentelor antisociale. Astfel, se poate concluziona că, deși sărăcia este adesea invocată ca o problemă în societatea noastră, principala cauză a comportamentului delicvent este mediul social (*grupurile de prieteni, vecinii, cunoștințele cu care individul interacționează frecvent*) și cel familial (*familia în care persoana se dezvoltă, învață și socializează*). Pe locul trei, se află situația financiară, cu o pondere de **19%**.

Pentru o analiză mai detaliată a opiniei exprimate, prezentăm mai jos reprezentarea grafică a rezultatelor, conform criteriilor menționate anterior.



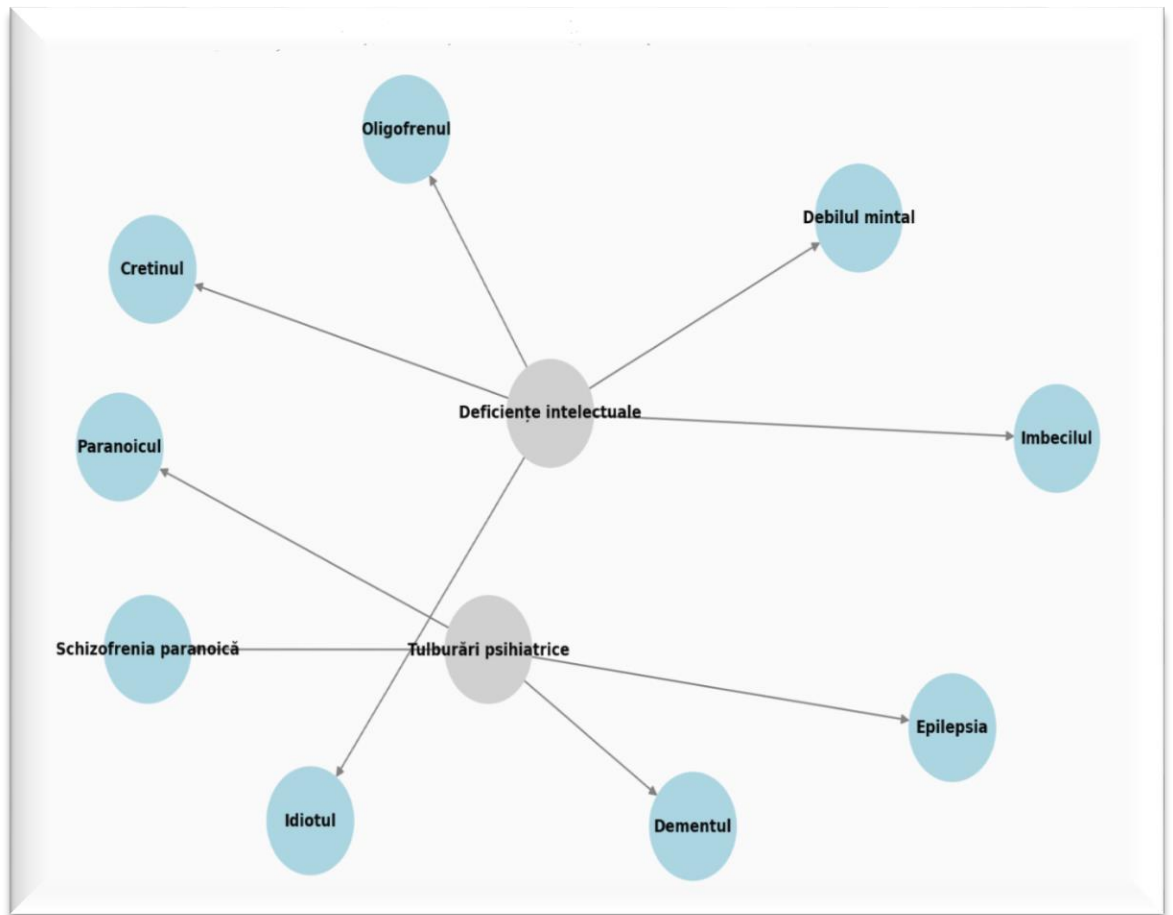
Ereditatea ■ Familia ■ Situația financiară ■ Mediul social ■ Droguri și alcool Boli psihic
Casa de bătrâni Centrul de Excelență în Transporturi Penitenciarul Pruncul Penitenciarul Rusca Penitenciarul Goian

Fig. 8.1. Rezultatele sondajului despre factorii de formare a unui comportament criminal

În legătură cu întrebarea respectivă, dorim să menționăm că **28 de respondenți** nu au dorit să ofere un răspuns, ceea ce reprezintă **8,83%**. Dacă analizăm refuzul de a răspunde în funcție de locul unde a fost realizat chestionarul, distribuția este următoarea: **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%**). În schimb, toți minorii din Penitenciarul Goian au răspuns.

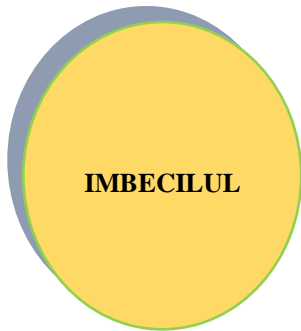
Anexa 9.

Fig. 9.1. Categoriile de deficiențe intelectuale și tulburări psihiatrice

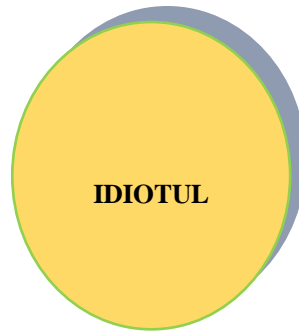


Anexa 10.

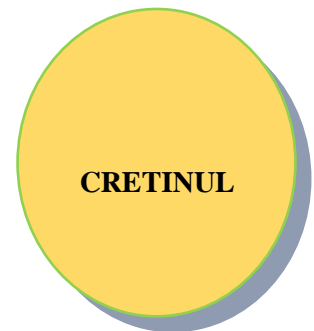
Fig. 10.1. Tipologii ale deficiențelor intelectuale și implicațiile comportamentale



*Inteligența 4-6 ani,
dependent, ușor influențabil
(furt, cerșetorie,
comportamente antisociale).*



*Deficiență intelectuală
severă, lipsa limbajului
(incapacitate de control al
impulsurilor).*



*Disfuncție tiroidiană,
incapacitate de îngrijire
(comportament lipsit de
sens).*



*Discernământ
redus, dezvoltare < 14 ani,
agresiv în fața umilinței.*



*Stare de confuzie,
automatisme (risc crescut de
comportament patologic)*

Anexa 11.

Sondaj: Credeți că cei condamnați sunt social periculoși? (*studiu personal*)

La această întrebare, majoritatea respondenților au considerat că persoanele condamnate nu sunt periculoase pentru societate. De asemenea, rezultatele sondajului sugerează că nu se poate da un răspuns afirmativ general, deoarece acest lucru depinde în mare măsură de personalitatea condamnatului și de infracțiunea pe care acesta a comis-o.

Pentru o analiză detaliată, urmează prezentarea grafică a rezultatelor obținute la această întrebare.

Se poate observa că **20%** dintre respondenți au exprimat o opinie diferită referitoare la pericolul social pe care îl reprezintă persoanele condamnate. Printre aceste opinii se numără:

1. depinde de infracțiunea comisă de condamnat;
2. depinde de personalitatea celui care manifestă comportament antisocial;
3. este important dacă condamnatul conștientizează comportamentul pe care l-a avut; sunt periculoși doar cei cu tulburări psihice.

Pentru a face o distincție între distribuția opiniilor respondenților în funcție de privarea sau nu de libertate, vom prezenta mai departe reprezentarea grafică a rezultatelor, împărțite pe baza locului desfășurării chestionarului.

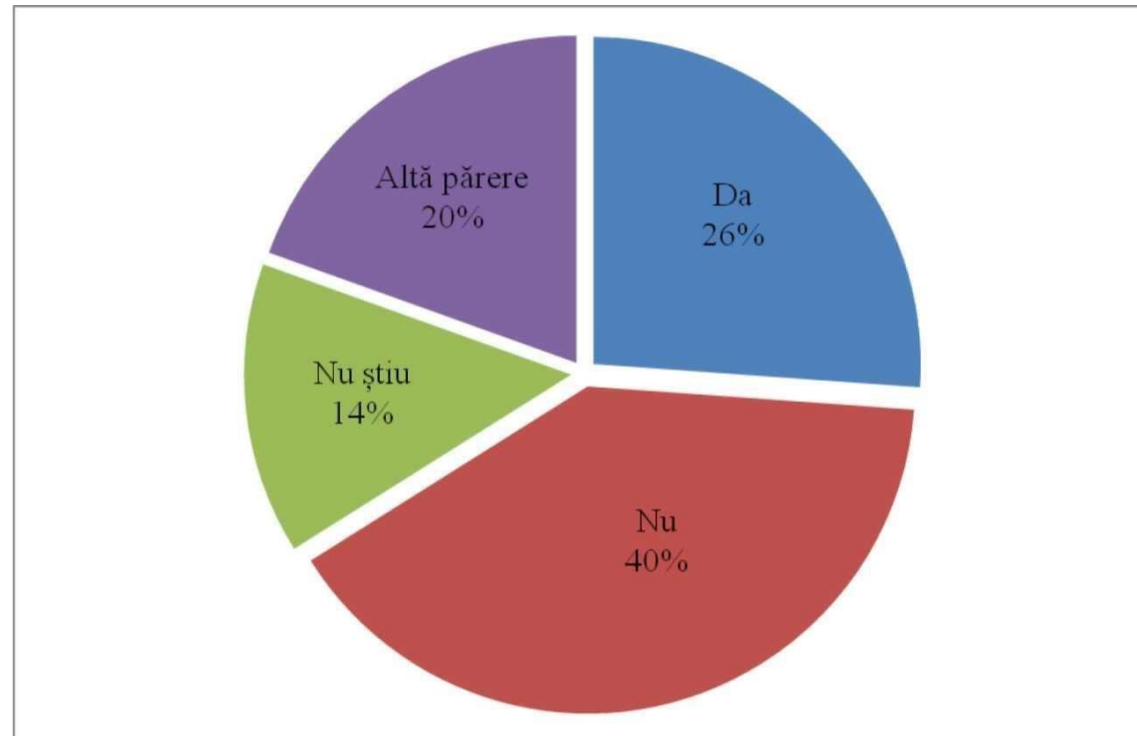


Fig. 11.1. Rezultatul sondajului cu privire la pericolul social al persoanelor condamnate

Anexa 12.

Tabel 12.1. Precedente CEDO privind încălcarea art. 3 din CEDO

Nr.	Cauza	Aspect analizat	Constatarea CEDO
1.	<i>McGlinchey și alții vs Regatul Unit (2003)</i>	Îngrijire medicală inadecvată a unui deținut heroinoman aflat în sevrăj.	Încălcarea art. 3 din cauza lipsei unui tratament medical corespunzător.
2.	<i>Cazul unui bolnav deținut bolnav de cancer</i>	Îngrijirea permanentă și lipsa confidențialității în îngrijirile medicale.	Încălcarea art. 3 din cauza tratamentului medical degradant.
3.	<i>Vulasinas vs Lituania</i>	Percheziție corporală a unui deținut în prezența unei persoane de sex feminin.	Încălcarea art. 3 prin afectarea demnității persoanei.
4.	<i>Van der Ven vs. Olanda</i>	Percheziții corporale frecvente într-o închisoare de maximă securitate.	Încălcarea art. 3 prin tratament degradant și disproporționat.
5.	<i>Cazul unui tânăr care s-a sinucis în detenție</i>	Lipsa monitorizării psihiatrice și a măsurilor de protecție.	Încălcarea art. 3 din cauza neglijenței autorităților.
6.	<i>Herczegfalvy vs. Austria (1992)</i>	Tratament medical impus unei persoane spitalizate	O măsură justificată terapeutic nu este tratament inuman, dar trebuie să respecte drepturile pacientului.
7.	<i>Tyrer vs. Regatul Unit (1978)</i>	Pedeapsă fizică aplicată unui minor <i>(lovituri de bici)</i>	Încălcarea art. 3 prin violență instituționalizată
8.	<i>Utilizarea forței de către autorități</i>	Violență nejustificată împotriva deținuților	Orice folosire abuzivă a forței de către autorități încalcă art. 3.

Anexa 13.

Tabel 13.1. Tipologii ale deficiențelor intelectuale și implicațiile lor comportamentale și juridice

Nr.	Tipologie	Caracteristici	Implicații comportamentale și juridice
1.	Schizofrenia paranoică	<ul style="list-style-type: none"> a) Halucinații auditive; b) Delir; c) Comportament dezorganizat. 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Infrațiuni comise sub influența halucinațiilor; 2. Poate fi declarat iresponsabil [294, nr.57, an-2012].
2.	Paranoicul	<ul style="list-style-type: none"> a) Halucinații; b) Idei delirante de persecuție și grandoare; c) Suspiciune extremă. 	Poate recurge la supraveghere, sechestrare, răzbunare, gelozie excesivă [249, pp. 15-16].
3.	Oligofrenul	<ul style="list-style-type: none"> a) Deficiență severă în gândire; b) Lipsă de logică și conștiință morală. 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Poate fi manipulat ușor; 2. Predispus la violență; 3. Influențabil în grupuri delicvente [148, p.201].
4.	Dementul	<ul style="list-style-type: none"> a) Degradare patologică a inteligenței; b) Pierderea simțului realității și moralității. 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Nu mai percepe consecințele acțiunilor; 2. Poate deveni agresiv, impulsiv și vulgar [148, p.201].
5.	Imbecilul	<ul style="list-style-type: none"> a) Inteligență echivalentă cu cea a unui copil de 4-6 ani; b) lipsa înțelegerii actelor complexe; c) dependent de îngrijitori. 	Poate fi influențat să comită fapte antisociale precum furtul, homosexualitatea sau cerșetoria [255, p.21; 69, p.202].

6.	Idiotul	<p>a) Deficiență intelectuală severă;</p> <p>b) Imposibilitatea de a vorbi și adopta un comportament adecvat.</p>	Pierderea controlului asupra reacțiilor și impulsurilor [255, p.21; 69, p.202].
7.	Cretinul	<p>a) Afecțiune cauzată de disfuncția glandei tiroide;</p> <p>b) Tulburări psihice severe;</p> <p>c) Incapacitate de a se îngriji.</p>	<p>1. Afecțiuni lipsite de sens;</p> <p>2. imposibilitatea utilizării limbajului normal [255, p.21; 69, p.202].</p>
8.	Debilul mintal	<p>a) Discernământ redus;</p> <p>b) Nivel intelectual sub 14 ani;</p> <p>c) În forme ușoare poate avea discernământ păstrat.</p>	<p>1. Reacții agresive în fața umilinței;</p> <p>2. cedare în fața tentațiilor patologice [255, p.21; 69, p.202].</p>
9.	Epilepsia	<p>a) Crize grandmal, rareori duc la fapte penale;</p> <p>b) Echivalentele epileptice cresc riscul comportamentului patologic.</p>	<p>1. Stare de confuzie;</p> <p>2. Automatisme motorii;</p> <p>3. Episoade de amnezie [255, p.21; 69, p.202].</p>

Anexa 14.

Tabelul 14.1. 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 14.2. Date statistice. Femei înregistrate pentru prima dată (alcoholism), 2000/2018

	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	
Numărul total de femei înregistrate																
alcoholism	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																
alcoholism	30	25	25	26	34	37	36	33	39	43	35	32	28	30	33	

DECLARAȚIA DE ASUMARE A RĂSPUNDERII

Subsemnata ȘOMICU Marcela, declar pe răspundere personală că materialele prezentate în teza de doctorat constituie rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

ȘOMICU Marcela

„ ” 2025

CURRICULUM VITAE



Informații personale:

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:

2022 – prezent

Angajator: Ministerul Economiei, Antreprenoriatului și Turismului (***București***)

Funcția: *Consilier superior* / Serviciul Relații Publice, Protocol, Arhivă și Registratură

2021 – **2022**

Angajator: Ministerul Economiei Energiei și Mediului de Afaceri

Funcția: *Consilier superior* / Direcția de Comunicare și Protocol – Serviciul Relația cu Mass-Media

2020 – **2021**

Angajator: Ministerul Energiei (***București***)

Funcția: *Consilier* / Direcția Resurse Umane și Relații Publice, Serviciul Relația cu Mass-Media; *Consilier superior* / Relația cu Parlamentul / Direcția Generală Juridică

2018 – **2020**

Angajator: Lugera & Makler SRL (***punctul de lucru S.C. Lukoil România S.R.L***)

Funcția: *Specialist resurse umane*

2016 – **2017**

Angajator: Electrica Furnizare, Șoseaua Ștefan cel Mare, nr.1, București

Funcția: *Referent de specialitate*, Serviciul Patrimoniu Administrativ UCC

2014 – 2015

Angajator: Electrica Furnizare, Șoseaua Ștefan cel Mare, nr.1, București

Funcția: *Referent de specialitate*, Biroul Gestiune Documente Clasificate și Arhive

2012 – 2014

Angajator: Senzor Guard SRL – București

Funcția: *Consilier juridic*

2011

Angajator: Direcția Generală de Poliție Comunitară a Sectorului VI, București

Funcția: *Casier / Inspector / Agent de poliție comunitară clasa I*

2010 – 2011

Angajator: Primăria Sectorului 6

Funcția: *Inspector / Serviciul Mediu și Salubritate (detașat)*

Educație și formare:

- Universitatea Constantin Brâncuși-Târgu Jiu
Facultatea de Științe Juridice și Administrative, Specializarea Drept
 - **2007 – 2008:**
Studii de Masterat, specializarea Științe Penale, Universitatea "Titu Maiorescu", București
 - **2011 – 2015:**
Studii de Doctorat, specialitatea Drept Penal, Facultatea de Drept a Universității Libere Internaționale din Moldova (ULIM) (*în etapa finală la Agenția Națională de Asigurare a Calității în Educație și Cercetare*)
 - **2014 – 2015:**
Bursieră la Institutul de Economie Națională
-

Activitate științifică și publicistică:

Autor cărți și articole:

"*Infracțiunile în stare de afect*", Institutul de Economie Națională, 2015

Coautor al cărții: "*Căile ordinare și extraordinare de atac în procesul penal*", Editura Măiastra, 2012

Numeroase articole publicate în reviste academice și conferințe naționale și internaționale privind dreptul penal, criminalistica și responsabilitatea juridică

Publicatii în domeniul tezei:

- 1.(BANU) ȘOMICU, MARCELA, MARIȚ, ALEXANDRU. *Iresponsabilitatea penală.Monografie*. Chișinău: Editura USEM, 2017;
- 2.BANU (ȘOMICU) M.*Considerații generale privind violența și starea de afect*.În: Studii de Securitate Publică, Vol. IV, nr. 1(13), 2015, Ianuarie-Martie. ISSN 2284-8592, ISSN-L 2248-8592.
- 3.BANU (ȘOMICU), M., MARIȚ, A., *Răspunderea și responsabilitatea juridica-analiza conceptelor*. În: Analele Academiei de Studii Economice a Moldovei. Ediția a XI-a, nr.1/2013.Chișinău: Editura ASEM, 2013, p. 113-121 (0,5 ca.). ISSN 1857-1433.
- 4.BANU (ȘOMICU), MARCELA. *Infrațiunile în stare de afect*. București: Institutul de Economie Națională, 2014.
- 5.BANU (ȘOMICU), M., MARIȚ, A., *Corelația conceptelor de iresponsabilitate penală*. În: Analele Academiei de Studii Economice a Moldovei, Ediția a XI-a, nr. 2/2013. Chișinău: Editura ASEM, 2013, p.66-70 (0,4 ca.). ISSN 1857-1433.
- 6.BANU (ȘOMICU), MARCELA. *Responsabilitatea și iresponsabilitatea, responsabilitatea redusă în dreptul penal*. Conferință Internațională Științifică Practică. Abordări europene în cercetare și inovare din data de 9-12 octombrie 2014. Chișinău: Universitatea de Studii Europene din Moldova, p. 106-110 (0,4 ca.). ISSN 2344.
- 7.BANU (ȘOMICU),MARCELA. *Infrațiunile 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, 23.04.2014, p. 11-17 (0,6 ca.)
- 8.BANU (ȘOMICU), MARCELA. *Expertiza constatării iresponsabilității*. Conferință științifică Internațională- Chișinău, Academia de Științe a Moldovei în colaborare cu Universitatea Națională din Odessa, Universitatea de Drept din Kiev și Universitatea Rusă de Prietenie a Popoarelor, 2013, p. 97-105 (0,4 ca.).
- 9.BANU (ȘOMICU), MARCELA. *Măsurile de constrângere cu caracter medical aplicate alcoolicii și narcomanilor s-au punerea lor sub curatelă*. În:Analele Științifice ale Universității de Studii Europene din Moldova.Ediția II, Chișinău, nr. 2/2013, 2014, p.35-40 (0,3 ca).ISSN 2435-1114.
- 10.BANU (ȘOMICU), MARCELA.*The barrier between irresponsability and responsibility.Considerations regarding the forensic psychiatric expertise in criminal law*. În: Revista Supremația Dreptului, nr.1, 2021, pp.157-163.

Participare la conferințe și simpozioane:

1. Sesiune anuală de comunicări științifice, Universitatea Constantin Brâncuși, 2013
 2. Conferință științifică internațională la Academia de Științe a Moldovei, 2013
 3. Analele Academiei de Studii Economice a Moldovei, ediția a XI-a, 2013
 4. Conferință Internațională la Universitatea de Studii Europene din Moldova, 2014
 5. Simpozion organizat de Institutul Național de Criminalistică din cadrul I.G.P.R., 2014
-

Certificări și diplome:

- a) *Diplomă de onoare* – Asociația Criminaliștilor din România (2013, 2015)
 - b) *Certificat de participare* – Bursă doctorală, Institutul de Economie Națională (POS DRU)
 - c) *Diplomă* operator calculator (2020)
 - d) *Certificat de participare* – Expert prevenire și combaterea corupției (2021)
 - e) *Certificat de participare* – Creșterea capacității administrative a Ministerului Economiei (2021)
-

Competențe și abilități:

1. Expertiză în domeniul juridic, resurse umane, control administrativ și gestionarea documentelor clasificate;
2. Comunicare eficientă și relații publice;
3. Organizare și coordonare administrativă;
4. Experiență în cercetare științifică în domeniul dreptului penal și responsabilității juridice.

Limbi străine:

Engleză – nivel avansat

Franceză – nivel mediu

Alte informații:

1. Experiență vastă în instituții guvernamentale și private;
 2. Participare activă în proiecte și conferințe naționale și internaționale;
 3. Pasionată de domeniul juridic și de cercetarea științifică.
-