

DIMINUAREA DISCERNĂMÂNTULUI ÎN DOCTRINA OCCIDENTALĂ

Sergiu CRIJANOVSCI, Alexandru ARHIP

Curtea Supremă de Justiție a Republicii Moldova

Acest articol este axat pe analiza cauzelor de diminuare a discernământului în doctrina penală și psihiatrică occidentală. Scopul urmărit rezidă și în sintetizarea celor mai progresive idei și soluții în sfera responsabilității reduse. Concluziile formulate pot fi utilizate atât în doctrina juridico-penală, cât și în practica judiciară în materie.

Cuvinte-cheie: *responsabilitate, responsabilitate redusă, iresponsabilitate, incapacitate psihică, tulburare psihică, tulburare de personalitate, tulburare limitrofă, deviere de comportament.*

DIMINISHING OF DISCERNMENT IN THE WEST DOCTRINE

The purpose of the present article constitutes the identification and analysis of the causes of discernment diminishing in the view of legal and psychiatric scientific literature of the West, as well as the synthesis of the most progressive ideas and solutions in the sphere of diminished responsibility. During the scientific investigation, the author had submitted to a detailed explanation the problem of diminished responsibility in the national penal doctrine and judicial practice in the penal matter.

Keywords: *responsibility, diminished responsibility, irresponsibility, mental incapacity, mental disorder, personality disorder, borderline disorder, deviation of behavior.*

Problema stabilirii responsabilității sau a iresponsabilității este de sorginte juridico-penală și nu medicală. Subdezvoltarea intelectuală, boala psihică etc. constituie categorii extrem de vagi, a căror semnificație poate fi extinsă; prin urmare, volumul semantic al acestor noțiuni este foarte diferit.

Totodată, este de menționat că nu orice *psihotic* este totdeauna iresponsabil față de faptele sale. Există psihotici care pot fi responsabili pentru anumite fapte, iar pentru altele nu. Discernământul lor nu trebuie raportat în mod formal doar la diagnosticul de boală, ci și la etapa evoluției în care se află defectul specific, de diferite intensități, la caracterul concret în care subiectul a acționat deliberat, deci dacă a avut în momentul respectiv și pentru actul antisocial respectiv nu doar capacitatea de a-și exprima sau nu liber voința, ci, mai ales, de a anticipa critic consecințele ce vor decurge din faptele sale.

Conform datelor din literatura de specialitate, pe parcursul ultimelor decenii numărul infractorilor bolnavi psihic a crescut substanțial în majoritatea statelor [12, p.95]. Deși rata infracțiunilor comise de către făptuitorii care suferă de diverse tulburări mentale este în permanentă creștere, tot mai des această categorie de persoane devine prada victimizării în urma vulnerabilității și sugestibilității avansate.

În acest context este extrem de important a sublinia că între tulburare mentală și infracțiune există totuși o legătură substanțială. Așadar, distingem trei manifestări principale ale coraportului dintre tulburare mentală și infracțiune:

- ✓ *coincidență* – evenimentul infracțiunii a coincis din întâmplare cu evoluția unei tulburări mentale, însă nu depinde de această tulburare;
- ✓ *corelație* – evenimentul infracțiunii este influențat în mod substanțial de tulburarea mentală manifestată;
- ✓ *cauză* – evenimentul infracțiunii este comis sub imperiul tulburării mentale manifestate, iar între tulburarea mentală (cauză) și comiterea unei astfel de infracțiuni (efect) se stabilește raportul de cauzalitate.

În unele studii de peste hotare s-a demonstrat că fumatul matern pe parcursul sarcinii influențează substanțial asupra dezvoltării personalității, provoacă tulburări de comportament, precum și tulburări legate de deficit de atenție și criminalitatea în rândul minorilor. Se subliniază că anume astfel de tulburări se consideră a fi factori predictivi ai criminalității la adulți. În plus, s-a demonstrat că unele complicații obstetriciene (apărute pe parcursul nașterii) în asociere cu atitudinea maternă negativă față de sarcină, precum și anturajul dușmănos în care crește copilul, predispun la comiterea faptelor antisociale de către adulți [9, p.857].

În studiul realizat de către Räsänen Pirkko, Hakko Helinä, Isohanni Matti, Hodgins Sheilagh, Järvelin Marjo-Riitta și Tiihonen Jari a fost cercetată interconexiunea dintre fumatul matern pe parcursul sarcinii și faptele infracționale, atât violente, cât și non-violente, comise de către infractori de sex masculin. Rezultatele cercetării au fost obținute în urma investigării comportamentale a celor 3.883 de infractori din Finlanda, ale căror mame au fumat pe parcursul sarcinii. Autorii au observat că infracțiuni violente grave se comiteau în

mod repetat de către acei infractori care manifestau tulburări severe de comportament și alcoolism, iar în copilărie și adolescență la cei examinați s-a depistat comportament antisocial sever. Acest grup de cercetători a ajuns unanim la concluzia că fumatul matern are un impact considerabil asupra tulburărilor de comportament la copii, atenționând asupra faptului că acestor categorii de tulburări le este caracteristică impulsivitatea excesivă și căutarea de emoții tari. Savanții au explicat acest fenomen prin producerea scăzută a serotoninei în activitatea creierului. Rezultatele obținute din experimentele comportamentale asupra animalelor de laborator au arătat că fumatul matern pe parcursul sarcinii induce la reducerea serotoninei și la alterarea neuronilor dopaminergici în creierul fetal. Unica posibilă explicație se impune a fi doar fumatul matern [9, p.860].

Tot acești autori în cadrul studiului realizat asupra animalelor de laborator au descoperit că comportamentul agresiv este asociat nu doar cu creșterea nivelului de dopamină în creier. În opinia cercetătorilor, există factori genetici predispozanți la fumat și la alcoolizare, îndeosebi la cei mamele cărora au fumat pe parcursul sarcinii. Studii epidemiologice au demonstrat că aproximativ 70% din infractorii recidiviști care au comis cele mai grave infracțiuni pe teritoriul Finlandei sunt alcoolici de tip 2, ceea ce semnifică că abuzul de alcool este determinat de tulburări de dezvoltare prematură la nivelul neuronilor [9, p.860]. În urma studiului s-a specificat că subiecții cu deficite neuromotorice și cei care au suferit refuzul matern sunt predispuși să comită infracțiuni la vârsta adultă în comparație cu cei care nu sunt supuși acestor riscuri.

Un alt grup de autori, Keyes Margaret, Legrand N.Lisa, Iacono G.William și McGue Matt (Statele Unite ale Americii), în studiul realizat s-au axat pe cercetarea comportamentului atât al familiilor cu proprii copii biologici, cât și cu copii adoptivi. În urma cercetării savanții au demonstrat că nu există predispoziție genetică la fumat, iar fumatul în rândul adolescenților în mare măsură depinde de împrejurarea dacă părinții lor au fumat sau nu în prezența acestora [6, p.1343-1344].

Un alt studiu comportamental de importanță incontestabilă a fost realizat de către Herpertz C.Sabine, Mueller Bodo, Qunaibi Mutaz, Lichterfeld Christiane, Konrad Kerstin și Herpertz-Dahlmann Beate, care au observat că băieții cu tulburări de comportament constituie un grup de risc pentru dezvoltarea comportamentului antisocial pe viitor – în perioada maturității, în special cei care au un diagnostic adiacent de deficit de atenție și hiperactivitate însoțită de tulburare de comportament (engl. – *Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD*) [4, p.1100]. În cadrul studiului examinării au fost supuși 140 de băieți cu vârsta cuprinsă între 8 și 13 ani, care au format patru grupe: 1) un grup de copii fără manifestări comportamentale deviate (sănătoși); 2) copii cu tulburări de comportament; 3) copii cu tulburări de comportament asociate cu deficit de atenție și hiperactivitate; 4) copii cu deficit de atenție și hiperactivitate fără tulburări de comportament. Materialul stimulator pregătit pentru efectuarea experimentului a constat din 18 tabele selectate preventiv din Sistemul Internațional al Tablourilor Afective (engl. – *International Affective Picture System*) [4, p.1100]. Aceste materiale erau prezentate copiilor pentru a provoca răspunsuri emoționale din partea subiecților supuși experimentării comportamentale. Șase din tablouri prezentate au conținut imagini plăcute (activități de sport, scene familiale, animale domestice), șase imagini cu caracter neutru (anturajul muncii, agricultură, circumstanțe cotidiene) și șase imagini neplăcute (copii plângând, copii traumați, persoane în stare disperată, scene de violență). Imaginile au fost expuse randomizat, peste fiecare șase secunde fiind substituite cu o altă categorie. După fiecare imagine copilul era solicitat să descrie emoțiile trăite, obținând un anumit punctaj pentru reliefaarea celor mai neplăcute imagini spre cele mai plăcute.

Efectuând analiza comparativă a comportamentului, s-a demonstrat că băieții ce suferă de deficit de atenție și hiperactivitate însoțită de tulburare de comportament manifestă un nivel redus de răspuns emoțional față de impulsuri averse; în comparație cu copiii sănătoși, cei cu tulburări deficitare de atenție și comportamentale manifestă deficit de emoții acolo unde alți copii resimt durerea și compătimirea la stimuli emoționali.

Într-un alt studiu, realizat de către Raine Adrian, s-a arătat că volumul redus de amigdală (Latin – *Corpus amygdaloideum*) poate fi cauza lipsei de frică la copiii care suferă de tulburări de comportament. Anume această concluzie a generat ideea, conform căreia rolul amigdalei este extrem de important în manifestările deviate de comportament. Din punctul de vedere al științei neurologice, subdezvolarea structurală sau funcțională a amigdalei provoacă comportamentul antisocial [10, p.569].

De regulă, la delincvenții sub vârsta de 18 ani se depistează lipsa capacității cognitive de apreciere a incorectitudinii propriilor acțiuni, iar cei cu amigdala deficitară manifestă în plus lipsa fricii și lipsa capacității de afectivitate față de persoanele cărora le-au fost cauzate prejudicii în rezultatul faptelor antisociale comise de către acești minori. Autorul își pune întrebarea: cum trebuie de procedat cu minorii respectivi, dacă această

categorie de delicvenți este la fel de intactă (manifestă lipsa de emoții, afectivitate) față de efectele preventive ale pedepsei penale aplicate? Savantul propune ca persoanelor cu anomalii structurale sau funcționale ale amigdalei să li se acorde o atenție cât mai sporită în procesele penale pornite pe cauzele de omor sau alte infracțiuni excepțional de grave comise de către această categorie de infractori, dacă vor exista dovezi justificative privind tulburările de comportament generate de patologii de amigdală în copilărie precoce. Această problemă științifică se prezintă a fi una dintre cele mai importante la hotarul dintre știința neurologică și legea penală [10, p.570; 5, p.160-163].

În legislația penală engleză responsabilitatea redusă nu este o regulă generală, ci poate fi o scuză parțială doar în anumite situații. Astfel, invocarea acesteia este valabilă doar în cazurile de omor. Instanța de judecată are discreția de a nu condamna persoana pentru omorul intenționat comis, în cazul în care se va demonstra că conduita făptuitorului a fost afectată de o dereglare a capacității mintale care reiese dintr-o condiție medicală recunoscută.

În sistemul *common law* această cauză de diminuare a responsabilității penale a fost introdusă în 1957 prin *Actul cu privire la omucideri* [11].

Conform prevederilor din alin.(1) Secțiunea 2 a Actului cu privire la omucideri din 21 martie 1957, cazurile de operare a stării de responsabilitate redusă sunt următoarele: *când persoana cauzează moartea sau participă la cauzarea morții unei alte persoane, ea nu va fi condamnată pentru omorul calificat, dacă aceasta suferea de o anomalie mentală (inclusiv cea care a oprit sau a retardat dezvoltarea mentală, sau a apărut în urma altor cauze inerente acestora ori a fost indusă de o boală sau traumă) care într-un mod substanțial deteriorează capacitatea mentală a persoanei pentru acțiunile sau inacțiunile comise direct sau în coautorat la omor* [11]. Pe lângă acestea, legea notează că sarcina probației revine părții apărării, care urmează să aducă probe ce ar exclude condamnarea persoanei acuzate pentru infracțiunea de omor. Totodată, se evidențiază ideea că neatragera autorului infracțiunii la răspundere penală pentru infracțiunea de omor intenționat nu afectează problema condamnării celorlalți participanți pentru asemenea infracțiune.

Este de subliniat că nivelurile de tulburare mentală generează niveluri de responsabilitate redusă. În conformitate cu legislația scoțiană, tulburarea de personalitate nu este suficientă pentru operarea normei cu privire la responsabilitatea redusă.

Prin Legea cu privire la judecătorul de instrucție și justiție (*Coroners and Justice Act*) din 2009 a fost creat un nou concept cu privire la responsabilitatea limitată. Urmare a dezbaterilor în cadrul reformei penale engleze s-a decis modificarea legii anterioare, în scopul de a-i conferi o claritate, de a o face mai eficientă și echitabilă, astfel încât să se excludă orice interpretare abuzivă care ar crea dificultăți în practica judiciară [1, p.156].

Astfel, legea din 2009 stipulează:

O persoană, care ucide sau participă la omorul unei alte persoane nu urmează a fi condamnată pentru omor, dacă ea suferă de o dereglare a capacității mintale care: (a) a reieșit dintr-o condiție medicală recunoscută; (b) în mod substanțial a prejudiciat capacitatea acesteia de a face unul sau mai multe dintre lucrurile menționate în subsecțiunea (1A) și (c) asigură o explicație pentru acțiunile (inacțiunile) acesteia de a comite sau de a fi parte la un omor.

(1A) Aceste lucruri sunt: (a) de a-și înțelege natura comportamentului; (b) de a-și forma o judecată rațională; (c) de a exercita autocontrolul asupra acțiunilor sale.

După cum argumentează unii autori autohtoni, primul argument în susținerea teoriei responsabilității limitate se referă la proporționalitatea pedepsei penale. Astfel, pedeapsa aplicată trebuie să fie proporțională nu doar gradului prejudiciabil al faptei comise, ci și gradului de vinovăție al persoanei care a comis fapta [1, p.157].

Natura și particularitățile infracțiunilor comise de persoanele cu anomalii psihice totdeauna va depinde de posibilitățile tratamentului propus de psihiatria generală, ideologiile dominante și resursele existente. Tradițional, criminalitatea a fost asociată cu boli psihice, deși până în prezent lipsesc careva cercetări precise care ar confirma acest concept.

În legislația țărilor Anglia și Wales (*The Mental Health Act 1983*) termenul *tulburare mentală* desemnează orice formă de tulburare sau dizabilitate mentală [8].

În sensul prezentului act normativ, termenul *psihopatie* este definit ca fiind o tulburare persistentă sau o dizabilitate mentală, asociată sau nu cu afectarea semnificativă a intelectului, care este exprimată într-un comportament anormal agresiv sau serios iresponsabil.

Decizia pentru aplicarea măsurilor de siguranță față de persoana care suferă o astfel de stare trebuie să fie una fondată pe probe ce vor demonstra nu doar rolul preventiv al tratamentului la care va fi supusă persoana, ci și necesitatea unui astfel de tratament pentru sănătatea și siguranța pacientului concret și pentru protecția intereselor celor din jur. O astfel de măsură, potrivit legislației analizate, poate fi aplicată și în cazul în care există o probabilitate sporită de alte simptome sau tulburări psihiatrice. Riscul de comitere a omuciderilor este de zece ori mai mare la cei care suferă de tulburare antisocială a personalității.

În cazul *schizofreniei* pacienții sunt predispuși mai puțin la violență, cei mai agresivi fiind persoanele care suferă de formele paranoide și catatonice. Predispoziția la comiterea infracțiunilor violente de către schizofrenici apare cu mult mai târziu decât debutul maladiei. Nu toți schizofrenicii comit infracțiunile violente sub imperiul iluziilor și halucinațiilor, ci doar o mică parte din ei, majoritatea bolnavilor comit infracțiuni sub imperiul stresului familial. În cazul tulburărilor paranoide faptele infracționale sunt comise în urma unor iluzii. Această categorie de bolnavi este mai ostilă decât alte persoane care suferă de schizofrenie. În special, s-a demonstrat că omuciderile comise din gelozie iluzorie sunt săvârșite de persoane care suferă de tulburări paranoide.

Tulburările afective nu sunt așa de răspândite, după cum consideră majoritatea savanților. De fapt, astfel de omoruri sunt însoțite de suiciduri sau tentative de suicid. Anume mamele care își omoară copiii deseori suferă de depresie care le induce la comiterea omorului propriului copil [15, p.1548-1557].

Persoanelor care suferă de *epilepsie* le este caracteristică personalitatea antisocială extrem de accentuată, dezvoltată în urma dificultăților majore de adaptare socială din cauza specificului maladiei suferite. Există două categorii de *accentuari de personalitate*: personalități cu controlul exagerat al propriilor sentimente; personalități cu controlul insuficient al propriilor sentimente. Precedentele judiciare *common law* conțin mai multe dovezi demonstrând că persoanele care suferă de epilepsie comit infracțiuni în stările asociate epilepsiei, cum ar fi: depresie, stupoare, reacție emotivă la stres. Instanțele sunt predispușe să aplice cauza de automatism pentru a o absolvi de la răspundere și pedeapsă penală.

Cu privire la persoanele ce suferă *retard mintal* este de subliniat că acestea sunt mai ușor de depistat, dat fiind intelectul redus considerabil în comparație cu alte categorii de făptuitori.

Deseori aceste persoane comit infracțiuni pentru că nu înțeleg pe deplin caracterul prejudiciabil al propriilor fapte și, prin urmare, pot fi ușor exploatare de alte persoane [16, p.1404-1411]. Cea mai strânsă legătură dintre retardul mental și infracțiune se manifestă în infracțiunile comise în sfera sexuală. Astfel de fapte deseori se manifestă în actele indecente demonstrative săvârșite în locuri publice de către persoane de genul masculin; în majoritatea cazurilor, făptuitorul este cunoscut victimelor. Se mai susține că, de regulă, acestor categorii de infractori le-au fost distruse proprietățile, distrugerea fiind săvârșită prin metoda incendierii.

Referitor la *depresie* și legătura acesteia cu infracțiunea este de menționat că depresiile severe pot conduce la săvârșirea omuciderilor, făptuitorul fiind sub imperiul unor iluzii, percepțiilor și interpretărilor false ale unor împrejurări. Persoanelor depresive le este caracteristic că ele pot ucide un membru al propriei familii; fapta este privită de către bolnav ca una altruistă, deseori fiind succedată de suicid [14, p.484-490].

În cazul *tulburărilor bipolare* (anterior – psihoză maniaco-depresivă) rata infractorilor este mai sporită decât a celor aflați în depresie. Această categorie de persoane devine extrem de violentă; totodată, este predispusă la efectuarea cheltuielilor enorme, la cumpărături excesiv de costisitoare. Este de menționat că astfel de comportări sunt însoțite de refuzul de a achita costul sau de renunțarea de a rambursa creditul.

Sindromul de discontrol episodic (engl. – *Episodic Dyscontrol Syndrome*) reprezintă episoade de violență neprovocată, exclude epilepsia, schizofrenia, intoxicarea patologică, este precedată de cefalee (durere de cap), asociată cu amnesia, iar la 50% din persoane sunt depistate anomalii în rezultatele electroencefalografiei [3, p.786-788].

Reieșind din prevederile Secțiunii 2 a Actului cu privire la omucideri [11], **anomalia mentală** trebuie să întrunească două condiții:

- 1) trebuie să fie cauzată de o retardare sau oprire a dezvoltării mentale sau să fie efectul unor cauze inerente ori induse de o traumă sau boală;
- 2) anomalia mentală trebuie să deterioreze substanțial capacitatea mentală a făptuitorului.

În *common law*, anomalia mentală manifestată la momentul comiterii infracțiunii de omor trebuie să deterioreze substanțial una din trei capacități mentale ale făptuitorului:

- de a înțelege natura comportamentului propriu;
- de a formula decizii raționale;
- de a exercita autocontrolul.

Anomalia mentală și anomalia funcțiilor mentale sunt categorii identice. Anomalia funcțiilor mentale va avea relevanță juridico-penală doar în cazul în care se va stabili că anume aceasta a constituit cauza sau influențând semnificativ asupra discernământului persoanei sub imperiul diminuativ al căruia a fost comisă infracțiunea de omor.

În sistemul *common law*, unul dintre aspectele cruciale ale procesului judiciar este adoptarea unor standarde referitoare la calitatea probelor aduse în instanță, precum și nivelul de precizie și relevanță a acestora pentru adoptarea deciziei judecătorești. Standardul preponderenței probelor (engl. – *the standard of preponderance of evidence*) este utilizat în procesele civile, pe când standardul intermediar al probelor clare și convingătoare (engl. – *the intermediate standard of clear and convincing evidence*) este aplicat în cazuri de priverare a libertății și a anumitor drepturi. Totodată, cel mai înalt standard al probelor în procesul penal este standardul „în afara oricărui dubiu” (engl. – *beyond of reasonable doubt*) [13, p.905].

În plus, medicilor care depun mărturii în instanța de judecată li se solicită ca concluziile acestora referitoare la cauza penală concretă să fie întocmite în conformitate cu nivelul rezonabil al preciziei medicale (engl. – *a reasonable degree of medical certainty*) [13, p.905]. Conceptul de nivel rezonabil al preciziei medicale în niciun caz nu intră în contradicție cu principiile clasice procesuale aplicate pe parcursul procesului judiciar, și nici nu le substituie. Dimpotrivă, rolul principal al acestui standard este să reflecte un nivel cât mai avansat al preciziei, care va fi echivalent cu algoritmul aplicat de către medic când acesta formulează un diagnostic sau începe un tratament. Cu alte cuvinte, lucrătorul medical trebuie să perceapă toate particularitățile standardului de probe aplicat în instanță, pe de o parte, și trebuie să fie apt să demonstreze în fața instanței propria opinie medicală referitoare la standard, pe de altă parte.

Autorii Sikorski John B. și Kuo Anlee D. atenționează că psihiatria nu este o știință exactă și precisă, iar dezacordurile întâlnite în rândurile psihiatrilor referitor la ceea ce constituie boală psihică sunt explicate, în primul rând, prin diagnosticuri apropiate și incerte care sunt atribuite unui anumit tip de comportament și unui anumit grup de simptome și, în al doilea rând, prin tratamentul specific și verosimilitatea pericolului așteptat pe viitor. Unica salvare este faptul că deseori concluzia psihiatrică privind prezența unei boli psihice nu este singura sursă de evidență și instanța de judecată apreciază materialul probator *per ansamblu* [13, p.905].

În acest perimetru de doctrină vom specifica că în Secțiunea 12A a Capitolului IV din Codul penal al Republicii Zambia este prevăzută norma cu privire la responsabilitate redusă:

„12A. Cauza diminuativă a responsabilității reduse

- (1) Când o persoană omoară sau participă la omorul unei alte persoane, ea nu va fi condamnată pentru omor agravat numai în cazul în care se va stabili că ea a suferit de o anomalie psihică (inclusiv anomalie apărută din cauza dezvoltării psihice oprite sau retardate sau din alte cauze inerente) ori de o anomalie provocată de boală sau leziune, care a defectat substanțial responsabilitatea psihică a persoanei pentru acțiunea sau omisiunea de omucidere.
- (2) Efectul tranzitoriu al intoxicației nu induce la boală sau leziune în sensul legii.
- (3) În cazul învinuirii de omor intenționat, partea apărării va demonstra existența responsabilității reduse.
- (4) În cazul în care se va demonstra prezența discernământului diminuat la momentul comiterii omuciderii, persoana acuzată în comiterea omorului agravat va fi condamnată pentru omor simplu necalificat” [7].

Pentru prima dată, regula cu privire la responsabilitate redusă ia amploare în secolul XIX în sistemul *common law*, când în sentințele de condamnare curtea cu jurați recomandă aplicarea unei pedepse mai blânde condiționate de prezența unor circumstanțe atenuante. Într-o serie întregă de sentințe a fost dezvoltată ideea conform căreia diferite forme ale defecțiunilor psihice, de care suferea inculpatul, aveau un efect de reducere a pedepsei în cazurile de omor.

Pe parcursul secolului XX, instanțele judecătorești din sistemul *common law* au adoptat o abordare restrictivă a condiției psihice, prezența căreia poate duce la responsabilitate redusă. Decizia-cheie a fost expusă în *Cazul HM Advocate versus Savage (1923 JC 49)*, unde instanța a specificat următoarele: „Trebuie să existe o aberație sau o defecțiune care să inducă la tulburarea psihică de hotar, însă să nu formeze verdictul de irresponsabilitate; psihicul trebuie afectat în așa măsură, încât responsabilitatea să se diminueze de la una completă la una parțială. Cu alte cuvinte, inculpatul trebuie să fie parțial responsabil pentru faptele sale” [2, p.33].

Această concluzie a servit drept versiune principală a testului responsabilității reduse în sistemul *common law* (engl. – *The Test of Diminished Responsibility*). Ulterior, în *Cazul Galbraith versus HM Advocate (2002 JC 1)*

instanța de judecată a exclus din cauza justificativă parțială a responsabilității reduse orice condiție psihică provocată de consumul alcoolului și al drogurilor, precum și orice tulburare psihopatică de personalitate [2, p.33]. Pe marginea acestui caz instanța de judecată a formulat următoarele concluzii:

- (a) se va lua în considerare starea psihică a făptuitorului la momentul comiterii omorului;
- (b) starea psihică a făptuitorului, exprimată în anomalia psihică care afectează capacitatea acestuia să determine sau să controleze propriul comportament, este deteriorată substanțial;
- (c) starea psihică nu trebuie să fie una de hotar cu iresponsabilitatea;
- (d) starea psihică este apreciată de specialiști în domeniu.

Pe marginea acestui caz, instanța de judecată a formulat mai multe exemple de operare a responsabilității reduse, specificând următoarele: „În multe tulburări organice funcția creierului este afectată. La rândul său, această afecțiune duce la anomalie mentală relevantă în cazul penal concret. Diverse traume craniene și tumori ale creierului pot afecta conștiința persoanei, ducând la diferite schimbări de personalitate. Accese ale unor maladii craniene îl fac pe individ mai agresiv. Patologii ale glandei tiroide au manifestări psihice, hypoglicemia afectează comportamentul persoanei, unele devenind chiar agresive. Multe preparate medicamentoase administrate în procesul tratamentului au efecte adverse variate: unele vor induce la confuzie mentală, altele la stări euforice sau depresie. Astfel de anomalii psihice cauzate prin diferite metode pot deteriora în mod substanțial capacitatea inculpatului de a determina și de a dirija acțiunile și omisiunile proprii. Însă, noțiunea „boală psihică” are un sens prea restrâns și nu acoperă manifestările psihice descrise supra. Dacă legea a acceptat aceste cauze externe ca fiind relevante în calitate de cauze de diminuare a discernământului, atunci noi nu vedem careva obstacole în recunoașterea tulburărilor psihice provocate de diferite forme de abuz asupra victimei, inclusiv abuz sexual, în calitate de condiție a discernământului diminuat. Nu vedem careva obstacole în a invita psihologi în proces, ale căror concluzii pot fi la fel de relevante ca și concluziile medicilor psihiatri” [2, p.35].

În *Cazul Galbraith* instanța a susținut că cauza de responsabilitate redusă nu poate fi operată în anomalii psihice condiționate de consumarea alcoolului sau a drogurilor. Există o diferență substanțială dintre starea de intoxicație acută provocată prin consum de alcool sau de droguri și starea de intoxicație ca fiind condiția psihică a alcoolismului cronic sau a dependenței de droguri. Unii autori de peste hotare susțin că alcoolicii cronici și narcomanilor trebuie să le fie aplicată regula responsabilității reduse. Astfel, o persoană care suferă de alcoolism cronic poate să manifeste *delirium tremens*. Starea de intoxicație acută nu constituie condiție pentru operarea responsabilității reduse. Aflarea persoanei în stare de intoxicație acută la momentul săvârșirii omorului nu constituie temei pentru operarea responsabilității reduse. Totodată, aceasta nu înseamnă că discernământul persoanei nu poate fi diminuat, spre exemplu, pe fundalul intoxicației alcoolice acute.

Trăsătura principală a tulburării de personalitate constă în faptul că persoana nu este capabilă să reziste constrângerilor morale și sociale impuse de mediu. Reieșind din faptul că tulburarea de personalitate nu constituie o formă de boală psihică determinată, aceasta nu poate fi recunoscută în calitate de component medical al iresponsabilității.

Anomalia psihică poate îmbrăca diferite forme. Acțiunile fizice ale individului pot fi diferite de cele comise de o persoană sănătoasă, sau felul de gândire poate fi unul specific. Anomalia psihică trebuie să fie cunoscută științei medicale, aceasta poate fi una ereditară, organică (spre exemplu, schizofrenia, depresia severă) sau să aibă efecte psihologice, cum ar fi în urma traumei severe. În *common law* tulburarea de personalitate și starea de ebrietate nu constituie temei pentru aplicarea regulii privind responsabilitatea redusă.

În conformitate cu Secțiunea 1 a Actului cu privire la omucidere, adoptat în 1957 în Anglia și Wales, persoana care omoară sau participă la omorul unei alte persoane nu va fi condamnată pentru omor calificat, dacă aceasta suferă de o anomalie psihică condiționată de dezvoltarea oprită sau retardată a intelectului sau de alte cauze inerente sau induse de boală sau leziune, dacă acestea au afectat substanțial responsabilitatea pentru acțiunile sau omisiunile în comiterea omuciderii [2, p.112].

Clauza 56 din Codul penal al Angliei și Wales, nr.177 din 1989, prevede următoarele:

„56. (1) Persoana acuzată de comiterea omorului nu va fi condamnată dacă, la momentul comiterii acestui act, ea a suferit o anomalie mentală care a fost suficient de substanțială pentru a reduce fapta de omor calificat la un omor simplu necalificat.

56.(2) Anomalia mentală desemnează o boală psihică, dezvoltarea oprită sau incompletă a intelectului, tulburare psihopatică, precum și orice altă tulburare sau incapacitate psihică, cu excepția intoxicației.

56.(3) Când o persoană care suferă de o anomalie psihică este intoxicată, această secțiune se va aplica doar cu condiția că ea putea fi aplicată în lipsa intoxicației. Starea de intoxicație nu se va lua în considerare" [2, p.112].

Pentru legislația penală în vigoare a Republicii Moldova identificarea și determinarea categoriei de *tulburare psihică* constituie o semnificație indiscutabilă nu doar pentru știința și practica medicală, dar și pentru jurisprudență. Prin urmare, lipsa unei definiții legislative a noțiunii de *tulburare psihică* generează până în prezent diferite abordări ale acestei categorii. Considerăm că împrejurarea scoasă în evidență trebuie să fie înlăturată cât mai urgent, legislația în vigoare fiind completată cu o definiție clară și exhaustivă a tulburării psihice.

Cu regret, constatăm că față de făptuitorii care la momentul comiterii infracțiunii s-au aflat în stare de responsabilitate redusă legislația penală în vigoare rămâne a fi imperfectă. Totodată, devine evident că persoana care a săvârșit infracțiunea având un discernământ diminuat din cauza unei tulburări psihice urmează a fi supusă unei pedepse penale mai blânde, chiar reduce. Argumentând această poziție, vom sublinia că aplicarea unei pedepse penale complete în cazurile analizate își pierde utilitatea, persoana nu percepe scopul educativ al pedepsei, iar starea sănătății ei poate fi agravată.

Bibliografie:

1. BOLOCAN-HOLBAN, A., VIDAICU, M. Analiza instituției responsabilității limitate prin prisma diferitelor sisteme de drept. În: *Revista științifică a Universității de Stat din Moldova „Studia Universitatis Moldaviae”*, 2013, nr.3(63), p.154-158. (ISSN 1814-3199)
2. Discussion Paper no 122 on Irresponsibility and Diminished Responsibility of the Scottish Law Commission. 18 April 2003. Edinburgh: The Stationary Office, 127 p. www.scotlawcom.gov.uk (accesat : 11.07.2013)
3. GORDON, N. Episodic Dyscontrol Syndrome. In: *Developmental Medicine & Child Neurology*, 1999, vol.41, p.786-788. On-line ISSN 1469-8749
4. HERPERTZ, C.S., MUELLER, B., QUNAIBI, M., LICHTERFELD, Ch., KONRAD, K., HERPERTZ-DAHLMANN, B. Response to Emotional Stimuli in Boys With Conduct Disorder. In: *American Journal of Psychiatry*, June 2005, 162:6, p.1100-1107. ISSN 0002-953X
5. JACOBSON R.R. Commentary: Aggressive and Impulsivity after Head Injury. In: *Advances in Psychiatric Treatment*, 1997, vol.3, p.160-163. ISSN 1355-5146
6. KEYES, M., LEGRAND, N.L., IACONO, G.W., MCGUE, M. Parental Smoking and Adolescent Problem Behavior: An Adoption Study of General and Specific Effects. In: *American Journal of Psychiatry*, October 2008, 165:10, p.1338-1344. ISSN 0002-1344
7. Law of the Republic of Zambia. 1995 Edition (Revised). Volume 7. Chapter 87 Penal Code. An Act to establish a Code of Criminal Law (1st November, 1931). <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CAFRAD/UNPAN004895.pdf> (accesat: 02.01.2014)
8. Part I, 2(A) of The Mental Health Act 1983 <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20> (accesat: 09.08.2013)
9. RÄSÄNEN, P., HAKKO, H., ISOHANNI, M., HODGINS, Sh., JÄRVELIN, M.-R., TIIHONEN, J. Maternal Smoking During Pregnancy and risk of Criminal Behavior Among Adult Male Offspring in the Northern Finland 1966 Birth Cohort. In: *American Journal of Psychiatry*, June 1999, 156:1, p.857-862. ISSN 0002-953X
10. RAINE, A. An Amygdala Structural Abnormality Common to Two Subtypes of Conduct Disorder: A Neurodevelopmental Conundrum. In: *American Journal of Psychiatry*, June 2011, 168:6, p.569-571. ISSN 0002-953X.
11. Section 2 of The Homicide Act (21th March 1957). Chapter 11 5 and 6 Eliz 2. <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/Eliz2/5-6/11/section/2> (accesat: 09.08.2013)
12. SESTOFT, D. Crime and Mental Illness: It Is Time to Take Action. In: *Official Journal of the Psychiatric Association “World Psychiatry”*, June 2006, Volume 5, Number 2, p.95. ISSN 1723-8617
13. SIKORSKI, J.B., KUO, A.D. Forensic Psychiatry. In: WIENER, J.M., DULCAN, M.K., *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Third Edition. Washington: The American Psychiatric Publishing, 2004, p.903-927. ISBN 1-58562-057-2
14. SOLOFF, H.P., CHIAPPETTA, L. Prospective Predictors of Suicidal Behaviour in Borderline Personality Disorder at 6-Year Follow-Up. In: *American Journal of Psychiatry*, May 2012, 169:5, p.484-490. ISSN 0002-953X
15. SPINELLI, G.M. Maternal Infanticide Associated With Mental Illness: Prevention and the Promise of Saved Lives. In: *American Journal of Psychiatry*, September 2004, 161:9, p.1548-1557. ISSN 0002-953X X
16. SWANSON, W.J., VAN DORN, A., MONAHAN, R., SWARTZ, J. Violence and Leveraged Community Treatment for Persons With Mental Disorders. In: *American Journal of Psychiatry*, August 2006, 163:8, p.1404-1411. ISSN 0002-953X

Prezentat la 03.09.2014