

MINISTERUL EDUCAȚIEI AL REPUBLICII MOLDOVA
INSTITUTUL DE ȘTIINȚE PENALE ȘI CRIMINOLOGIE APLICATĂ

APROBAT

la ședința Catedrei

_____ 2014

Șef catedră,
V. Guțuleac, dr., prof. univ.

Catedra ȘTIINȚE JURIDICE ȘI SECURITATE CRIMINOLOGICĂ

Note de curs la disciplina
PSIHIATRIE JUDICIARĂ

Autor:
Veronica Negruță,
lector univ.

Chișinău 2014

Tema 1

Introducere în studiul psihiatriei judiciare

1. Bazele teoretice și metodologice ale psihiatriei judiciare
2. Istoricul apariției și constituirii psihiatriei judiciare
3. Interdependența psihiatriei judiciare cu alte științe: psihiatria, psihologia, sociologia, jurisprudența

1. Bazele teoretice și metodologice ale psihiatriei judiciare

Psihiatria (din limba greacă: *psyché* (ψυχή) = spirit, suflet și *iatros* (ιατρος) = medic) este o ramură a medicinei care se ocupă cu prevenirea, diagnosticarea, tratamentul și reabilitarea persoanelor cu boli mintale. Noțiunea **Psihiatrie** a fost introdusă în terminologia medicală în 1808 de medicul german Johann Christian Reil din Halle (inițial „*Psychiaterie*”, devenită mai târziu „*Psychiatrie*”).

Psihiatria poate fi definită ca o „disciplină de sinteză” prin care urmărirea și menținerea sănătății mintale - scopul său principal - se obțin luând în considerare diverși factori: psihologici, socio-culturali, politici, juridici, medico-farmacologici. Domeniul psihiatriei se extinde în multe alte specialități medicale. Tulburările psihice și bolile mintale influențează aproape toate aspectele vieții unui pacient, funcțiile fizice, comportamentul, afectivitatea, perceperea realității, relațiile interumane, sexualitatea, munca și timpul liber. Asemenea tulburări sunt cauzate de interacțiunea unor factori complexi, biologici, sociali și spirituali, care nu pot fi totdeauna puși în evidență cu siguranță. Sarcina psihiatriei este să clarifice rolul acestor diverși factori și influența lor asupra manifestărilor din cursul bolilor mintale. Noțiunea de „*boală mintală*” trebuie să intre în orbita biologiei și medicinei. Psihiatrul francez Henry Ey (1900-1977) definea psihiatria drept „*ramură a medicinei care are ca obiect patologia vieții de relație la nivelul asigurării autonomiei și adaptării omului în condițiile propriei existențe.*”^[necesită citare]

2. Istoricul apariției și constituirii psihiatriei judiciare

Istoria psihiatriei poate fi împărțită în trei mari perioade:

- A. Perioada cuprinsă între antichitate până în preajma epocii moderne (sfârșitul secolului al 18-lea).
- B. Perioada iluminismului (apariția azilurilor pentru "alienații" mintal).
- C. Dezvoltarea științifică a psihiatriei, începând cu secolul al XIX-lea.

Prima perioadă

Egiptul antic

Vechii egipteni considerau că toate bolile, indiferent de formele de manifestare, ar avea o origine fizică și localizau în inimă sediul acelor simptome, care azi sunt denumite psihice. Nu se făcea nicio deosebire între maladii corporale și mintale.

Antichitatea greco-romană (sec. VI î. Chr. - sec. VI d. Chr.)

În antichitatea greco-romană, „nebulia” era considerată de origine supranaturală, o pedeapsă divină, ce se putea combate cu mijloace mistico-religioase efectuate de sacerdoți. A fost meritul lui Hippocrate de a fi introdus conceptul inovativ după care starea de sănătate și boala depind de circumstanțe specifice ale vieții omenești, în funcție de echilibrul diverselor umori ("*teoria umorală*"), și nu de intervenții divine. Astfel, depresia era considerată drept

rezultatul unui exces de "bilă neagră". Bazându-se pe observații clinice, Hippocrate individualizează patru tipuri de boli mintale:

Frenitele, maladii psihotice organice primitive ale creierului cu manifestare acută însoțită de febră.

Mania, tulburări mintale acute fără febră.

Melancolia, boală mintală stabilizată sau cronică.

Epilepsia, căreia îi neagă originea magică sau divină (*morbus sacer*), atribuindu-i o semnificație apropiată de vederile actuale.

Din timpul Imperiului Roman ne-au rămas numeroase descrieri ale unor tulburări psihice, prin Cicero ("*Scrisorile Tusculane*"), Aulus Cornelius Celsus (ca. 30 d.Chr.), Soranus din Ephes (ca. 100 d.Chr.) și Areteus din Cappadocchia (ca. 150 d.Chr.). Ca metode de tratament se foloseau masajele, ventuzele, luare de sânge, dietă. Unii bolnavi erau izolați în încăperi cu ferestre situate la înălțime. Azile sau spitale pentru alienați nu existau în antichitate.

Evul Mediu

Primele așezăminte speciale pentru bolnavi psihici sunt semnalate în secolul al XII-lea în califatele arabe din Damasc, Cairo și Granada.

În Europa medievală situația era cu totul deosebită. În anul 1377 se înființează la Londra renumitul "*Bethlehem Royal Hospital*" (*Bedlam*), cel mai vechi spital european pentru bolnavi psihici, care a funcționat până în anul 1948. Bolnavii agitați sau agresivi mai erau închiși în colivii de lemn sau erau duși în afara porților orașului. În perioada târzie a Evului Mediu (secolele XV - XVII), sub influența Inchiziției, bolnavii psihici sunt considerați „posedați de diavoli”, se practică exorcismul, sunt torturați, femeile alienate sunt urmărite ca vrăjitoare, multe sfârșesc arse pe rug.

Secolele XVII - XVIII

În această epocă se înmulțesc "casele" pentru bolnavii mintali, de ex. în Paris "*Hôpital Général*", în Anglia "*Workhouses*", în Germania "*Zuchthäuser*". Aceste așezăminte semănau mai mult a închisori decât a spitale. Bolnavii erau imobilizați în lanțuri, împreună cu vagabonzi, prostituate, invalizi și delicvenți. Nu exista o îngrijire medicală.

A doua perioadă (sfârșitul secolului al XVIII-lea până spre sfârșitul secolului al XIX-lea)

Philippe Pinel la Salpêtrière eliberând din lanțuri bolnavii psihici, Tablou de Tony Robert-Fleury

Încă în secolul al XVII-lea, medicii încep să interpreteze alienarea mintală din punct de vedere medical și descriu tablouri clinice ale bolilor psihice. Medicul scoțian George Cheyne (1671-1743) constată că o treime a pacienților săi prezintă manifestări isterice, neurastenice sau ipohondrice. Georg Ernst Stahl (1660-1734) face deosebirea între boli „simpatice” (organice) și "patice" (funcționale). În 1758 medicul englez William Battie scrie un "Tratat asupra nebuniei" (*Treatise on Madness*) și propune ca bolnavii mintali să fie internați în aziluri. Totuși, abia către sfârșitul secolului al XVIII-lea, sub influența iluminismului, începe să se dezvolte psihiatria clinică practică de medici în așezăminte special amenajate. Este legendară contribuția medicului francez Philippe Pinel la umanizarea tratamentului bolnavilor psihici, care - în 1793 - la spitalul "*Bicêtre*" din Paris - "eliberează alienații mintali din lanțuri". Pinel consideră tulburările mintale drept consecință a unor tulburări fiziologice care necesită o terapie adecvată și - în 1801- publică un „Tratat medico-filozofic asupra alienării mintal” (*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*), în care propune o clasificare a bolilor psihice:

- melancolia simplă (delir parțial),
- mania (delir generalizat),
- demența (diminuarea intelectuală generalizată),

- idiopia (abolirea totală a facultăților mintale).

Reforme asemănătoare întreprinde medicul italian Vincenzo Chiarugi, care - în 1788- asumă direcția spitalului "*Bonifazio*" din Florența și - în 1793 - publică lucrarea "Despre nebunie în general și în special" (*Della Pazzia in Genere e in Specie*), în care restituie alienatului mintal calitatea de bolnav. În multe aziluri continuă totuși aplicarea unor mijloace empirice, adesea violente, ca dușuri reci, substanțe vomitive, purgații, comprese cu muștar, electrocutări. Bolnavii agitați erau legați sau strânși în „cămașă de forță”.

Dezvoltarea științifică a psihiatriei

În a doua jumătate a secolului al XIX-lea se face tot mai mult legătura între apariția manifestărilor psiho-patologice și posibile modificări în creier. „Tulburările nervoase” (nevrozile) devin o preocupare specială a medicilor, o dată cu folosirea hipnozei ca metodă de tratament. Charcot la spitalul "*Salpêtrière*" din Paris se ocupă intens cu problema isteriei, Sigmund Freud, elevul său, dezvoltă concepția psihanalitică. Emil Kraepelin (1856-1926) în Germania și Eugen Bleuler (1857-1939) în Elveția aduc contribuții esențiale la cunoașterea și clasificarea bolilor psihice, în special la descrierea tabloului clinic al schizofreniei.

După al Doilea Război Mondial, o dată cu progresele făcute în cercetările clinice, terapeutice și de laborator, psihanaliza cunoaște o mai redusă audiență, psihiatria capătă tot mai mult un caracter biologic. Psihofarmacologia devine parte integrativă a psihiatriei, după ce Otto Loewi descoperă primul neurotransmițător, acetilcolina. Introducerea cu succes a unei substanțe neuroleptice, clorpromazina, în tratamentul schizofreniei (1952) de către Jean Delay și Pierre Deniker, inspirați de observațiile lui Henri Laborit asupra efectelor farmacodinamice ale prometazinei, un derivat fenotiazinic, a revoluționat tratamentul acestei boli, la fel precum terapia cu carbonat de litiu (1948) a reușit să ducă la remisiune cazurile de psihoză maniaco-depresivă. Începând din anul 1980, neuroradiologia a devenit tot mai mult folosită în diagnosticul bolilor psihice. Studiile de biologie moleculară arată că genetica joacă un rol primordial în apariția tulburărilor mintale. În jurul anului 1995 se pune în evidență gena răspunzătoare de apariția schizofreniei în cromozomul 6, și cele care determină psihozele bipolare în cromozomii 18 și 21. Recunoașterea intervenției factorilor psiho-sociali în apariția unor tulburări psihice dinamice a condus la reevaluarea psihoterapiei ca metodă de tratament în cazuri selecționate.

În 1948 G. Brock Chisholm și J. R. Rees fondează Federația Mondială pentru Sănătatea Mintală (*World Federation for Mental Health*), cu scopul interesării organelor guvernamentale în promovarea specializării medicilor psihiatri și asigurării de fonduri necesare pentru asigurarea sănătății mintale a populației. În cursul a două decenii succesive, Asociația Psihiatrică Americană (*American Psychiatric Association*) a publicat "*Diagnostic and Statistical Manual*" (DSM), care în momentul actual - împreună cu ICD-10 al Organizației Mondiale a Sănătății (*World Health Organization*) - reprezintă cea mai răspândită tipologie și clasificare nosografică a patologiei psihiatrice.

Personalități medicale care au contribuit la dezvoltarea psihiatriei moderne

- William Tuke (1732-1822), precursor al tratamentului uman al alienaților mintal.
- Philippe Pinel (1745-1826) a reușit să impună îngrijirea lipsită de violență în așezămintele psihiatrice din Franța (așa zisul "*traitement moral*", caracterizat prin blândețe și răbdare) și necesitatea unei calificări de specialitate a personalului.
- Jean Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), elev al lui Pinel, autor al conceptului de "monomanii", din care se mai folosesc și azi - deși căzut în desuetudine - noțiuni ca "*cleptomanie*", "*piromanie*".
- Franz Joseph Gall (1758-1828), fondator al frenologiei, în care se recunoaște creierul ca substrat al proceselor mintale.

- Johann Christian Reil (1759-1813) angajat în campania pentru tratament uman al alienașilor mintal, a introdus termenul de "*Psihiatrie*" în vocabularul medical.
- Vincenzo Chiarugi (1759-1820), reformator al psihiatriei în Italia.
- Joseph Guislain (1797-1860), fondatorul psihiatriei moderne în Belgia.
- Wilhelm Griesinger (1817-1868) a susținut teza conform căreia afecțiunile psihice sunt rezultatul unei îmbolnăviri a creierului.
- Jean Martin Charcot (1825-1893) a întreprins cercetări clinice asupra isteriei.
- Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) a descris pentru prima dată starea de catatonie.
- Auguste Forel (1848-1931), "părintele" psihiatriei în Elveția, a impus - împotriva rezistenței corpului medical - recunoașterea hipnozei ca metodă terapeutică.
- Ivan Petrovici Pavlov (1849-1936), descoperitorul reflexelor condiționate, punând astfel bazele terapiei comportamentale.
- Emil Kraepelin (1856-1926), autor al primei clasificări nosologice a bolilor psihice (1899) după evoluție și prognoză, delimitând psihoza maniaco-depresivă de demența precoce (mai târziu denumită *schizofrenie* de către Bleuler).
- Eugen Bleuler (1857-1939), introduce termenul de "schizofrenie" și face o descriere amănunțită a acestei boli.
- Sigmund Freud (1856-1939), fondatorul psihanalizei, dă pentru prima dată o explicație a tulburărilor nevrotice ca rezultat al unor trăiri traumatizante și al refuzării impulsurilor în conflict cu regulile curente ale comunității sociale.
- Pierre Janet (1859-1947) întreprinde studii asupra psihasteniei (nevroza obsesivo-fobică).
- Ernst Kretschmer (1888-1964), autor al unei tipologii constituționale somato-psihice.
- Julius Wagner von Jauregg (1857-1940) introduce malarioterapia ca metodă de tratament a paraliziei generale progresive (Neurosifilis).
- Ugo Cerletti (1877-1963) introduce metoda electroconvulsivantă în tratamentul unor boli psihice.
- Karl Jaspers (1883-1969), prin lucrările sale asupra psihopatologiei generale, pune bazele metodologiei moderne ("metoda biografică") în abordarea patologiei mintale.
- Kurt Schneider (1887-1967), autor al "sistemului triadic" în clasificarea bolilor psihice.
- Henri Laborit (1914-1995), prin lucrările sale asupra fenotiazinelor pune bazele psihofarmacologiei.
- Jean Delay (1907-1987) folosește pentru prima dată clorpromazina în tratamentul schizofreniei, cercetează substanțele psihotrope cu acțiune centrală, pe care le va numi neuroleptice.

Dezvoltarea psihiatriei în România

Nu există informații suficiente asupra dezvoltării psihiatriei în țările române. Primele așezăminte spitalicești ("*bolnițe*") au apărut pe lângă biserici sau mănăstiri, unde uneori se găsea o icoană "făcătoare de minuni", ca la biserica "Sf. Spiridon" din Iași. În aceste bolnițe nu se putea vorbi de o îngrijire medicală propriu zisă, preoții sau călugării foloseau leacuri tradiționale ("*băbești*") făcute din plante, sub formă de fierturi și unsori, alături de rugăciuni, slujbe și arderea unor esențe mirositoare. În prima jumătate a secolului al XVIII-lea, la Mănăstirea Neamț se înființează o "bolniță" pentru bătrâni. Probabil după incendiul din 1841, o dată cu construirea unei noi clădiri în 1843, se amenajează aici un ospiciu pentru bolnavi "*lipsiți de minte și chinuiți de duhuri rele*".

În București, pe lângă biserica "Mărcuța", ctitorie veche din 1586, se înființează în 1813 un lazaret pentru bolnavi de ciumă, care putea adăposti 30-40 de bolnavi. În 1829 devine sediul unui ospiciu pentru alienași mintal, care funcționează până în 1924. Poetul Mihai Eminescu a fost îngrijit din noiembrie 1886 la Mănăstirea Neamț, iar pe data de 3 februarie 1889 moare în ospiciul doctorului Suțu din București.

În anul 1838 Eforia Spitalelor Civile înființează un ospiciu pentru bolnavi psihic la Schitul Malamuci de lângă comuna Malamuc, județul Prahova, la ca. 40 km nord de București. Începând

cu anul 1845, bolnavii au fost transferați la Mărcuța. Așezământul era numit și "Balamuci", de unde cuvântul "*balamuc*", devenit sinonim cu "*casă de nebuni*". Atât la Mărcuța, cât și la Malamuci, bolnavii erau vizitați la intervale diferite de medici, însă, în afară de îngrijire, nu se putea vorbi de un tratament medical.

Bazele psihiatriei moderne

Psihiatria modernă se bazează pe câteva concepte care s-au dezvoltat în cursul primei jumătăți a secolului al XX-lea, la care au contribuit în mare măsură psihiatrii germani. Deja către sfârșitul secolului al XIX-lea, Wilhelm Griesinger (1817-1868) a formulat teza conform căreia bolile psihice sunt consecința unei îmbolnăviri a creierului. Emil Kraepelin (1856-1926) a formulat pentru prima dată o clasificare nosologică utilă a bolilor psihice. Lucrările lui Karl Jaspers (1883-1969) în domeniul psihopatologiei generale au pus bazele metodologiei moderne în abordarea problemelor de patologie psihiatrică. Conceptul de boală psihică în accepțiunea actuală derivă din așa zisul "sistem triadic" dezvoltat de Kurt Schneider (1887-1967) pe baza lucrărilor lui Jaspers, în care bolile psihice sunt împărțite în trei grupe:

- boli psihice cu substrat organic demonstrabil;
- boli psihice cărora încă nu li se poate demonstra cu claritate un substrat organic, așa zisele psihoze endogene;
- variante psihice anormale: ale inteligenței sau ale personalității, precum și reacții anormale la evenimente trăite.

Prin introducerea sistemului ICD-10 de către "Organizația Mondială a Sănătății" (*World Health Organization*) în anul 1992, un sistem de clasificare standardizat cu aplicare mondială, înțelegerea bolilor psihice capătă o nouă dimensiune.

Introducerea medicamentelor neuroleptice și efectuarea studiilor catamnestică în a doua jumătate a secolului al XX-lea au dus la dispariția nihilismului terapeutic, în special în cazul schizofreniei. Reformele în organizarea structurii spitalelor psihiatrice (*inpatient treatment*), lărga dezvoltare a asistenței ambulatorii (*outpatient treatment*) precum și considerarea factorilor social în determinarea manifestărilor morbide au contribuit la recunoașterea afecțiunilor psihice ca boli de sine stătătoare.

3. Interdependența psihiatriei judiciare cu alte științe: psihiatria, psihologia, sociologia, jurisprudența

Întrucât psihiatria folosește datele rezultate din cercetările efectuate în domeniul neuroștiinței, psihologiei, biologiei, biochimiei și farmacologiei, ea poate fi considerată ca disciplină de trecere între neurologie și psihologie. Separarea psihiatriei de alte discipline medicale este în mare măsură arbitrar. Psihoterapeuții tratează în special pacienți cu nevroze și stări anxioase, în departamentele de medicină psihosomatică sunt tratați bolnavi la care traumatisme psihice joacă un rol determinant în apariția unor tulburări somatice, de ex. tulburări în alimentație (bulimie, anorexie nervoasă). Psihosidroamele organice și demențele aparțin în același timp neurologiei cât și psihiatriei, din motive practice bolnavii sunt internați în servicii de psihiatrie când tulburările psihice sunt pe primul plan sau apar brusc.

Psihiatrie judiciară - disciplină medicală care se ocupă cu studiul fenomenelor psihopatologice prin prisma raportului lor cu normele dreptului penal privind responsabilitatea și iresponsabilitatea.

Examinarea medico-legală psihiatrică are rolul de a furniza justiției elemente menite să stabilească responsabilitatea unei persoane implicate în săvârșirea unei infracțiuni, aflată sub incidența legii penale sau să ateste sănătatea mintală în cazuri cu implicații civile (capacitatea de a testa, de a întocmi un act de vânzare-cumpărare, de donație, etc.).

Expertiza medico-legală psihiatrică este o activitate interdisciplinară care are ca scop depistarea tulburărilor psihopatologice și a influențelor pe care acestea le au asupra capacității

individului de a putea aprecia conținutul și consecințele faptelor sale, precum și a posibilității individului de a-și exprima liber voința față de un anumit act pe care l-a comis. Sarcina fundamentală a expertizei medico-legale psihiatrice este de a aprecia discernământul persoanei, cu referire specială la starea psihică în momentul săvârșirii faptei.

OBIECTIVELE pentru care se recomandă EMLP:

- dacă persoana expertizată prezintă sau nu tulburări psihice și diagnosticul actual al acestora;
- Excluderea simulării sau disimulării unei afecțiuni psihice;
- Capacitatea psihică actuală și dacă subiectul poate fi cercetat sau judecat;
- Capacitatea psihică la momentul săvârșirii faptei;
- Aprecierea discernământului față de fapta comisă;
- Recomandarea măsurilor de siguranță cu caracter medical sau a măsurilor educative prevăzute de Codul penal, în funcție de prognosticul tulburărilor psihice constatate și aprecierea gradului lor de pericolozitate socială.

Tema 2

Cadrul legislativ al expertizei psihiatrice în RM

- 1. Legea RM despre expertiza judiciară, constatările tehnico-științifice și medico-legale și legea despre sănătatea mentală**
- 2. Drepturile și obligațiile experților**
- 3. Obiectivele generale ale expertizei psihiatrice legale și metodologia soluționării acestora**
- 4. Raportul de expertiză psihiatrică: structura și conținutul**

LPM1086/2000

ID intern unic: 311530

Версия на русском

Fișa actului juridic



Republica Moldova

PARLAMENTUL

LEGE Nr. 1086
din 23.06.2000

**cu privire la expertiza judiciară, constatările
tehnico-științifice și medico-legale**

Publicat : 16.11.2000 în Monitorul Oficial Nr. 144-145 art Nr : 1056

În cuprinsul Legii sintagma „Centrul pentru Combaterea Crimelor Economice și Corupției” se substituie cu sintagma „Centrul Național Anticorupție” prin *LP120 din 25.05.12, MO103/29.05.12 art.353; în vigoare 29.05.12.*

În cuprinsul Legii sintagma “Ministerul Sănătății și Protecției Sociale” se substituie prin sintagma “Ministerul Sănătății” prin *LP107-XVI din 16.05.08, MO107-109/20.06.08 art.417*

Parlamentul adoptă prezenta lege organică.

**Capitolul I
DISPOZIȚII GENERALE**

Articolul 1. Noțiunea de expertiză judiciară

(1) Expertiza judiciară este o activitate științifico-practică și constă în efectuarea de către expert, în scopul aflării adevărului, a unor cercetări privind obiectele materiale, organismul uman, fenomenele și procesele ce ar putea conține informații importante despre circumstanțele cauzelor examinate de organele de urmărire penală și de instanța judecătorească.

[Art.1 al.(1) modificat prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

[Art.1 al.(1) modificat prin LP206-XV din 29.05.03, MO149-152/18.07.03 art.598]

(2) Expertiza judiciară se efectuează în procedura civilă, penală și administrativă.

Articolul 1¹. Noțiunea de constatare tehnico-științifică
și medico-legală

(1) Constatarea tehnico-științifică și medico-legală este o activitate efectuată de către specialist în cadrul acțiunii procesuale, sau de sine stătător, pentru explicarea unor fapte sau circumstanțe ale cauzei cercetate.

(2) Constatarea tehnico-științifică și medico-legală se efectuează la ordonarea organului de urmărire penală, a instanței judecătorești, a organului împuternicit să examineze cazurile cu privire la contravențiile administrative, a avocatului parlamentar, precum și la cererea persoanei fizice și juridice.

[Art.1¹ al.(2) modificat prin LP13-XVI din 14.02.08, MO51-54/14.03.08 art.161]

[Art.1¹ al.(2) modificat prin LP12-XVI din 14.02.08, MO51-54/14.03.08 art.159]

[Art.1¹ introdus prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

Articolul 1². Temeiurile pentru dispunerea și efectuarea
expertizei judiciare, constatării tehnico-științifice
și medico-legale

(1) Expertiza judiciară, constatarea tehnico-științifică și medico-legală se dispun în cazurile în care, pentru stabilirea circumstanțelor ce pot avea importanță probatorie în cauza penală, în cauza civilă, în cazurile cu privire la contravențiile administrative sau în alte situații de litigiu, sînt necesare cunoștințe speciale în domeniul științei, tehnicii, medicinei, artei sau în alte domenii ale activității umane.

(2) La efectuarea constatărilor tehnico-științifice și medico-legale se aplică aceleași reguli și

metodici și se utilizează aceleași utilaje ca și la efectuarea expertizei judiciare, iar rezultatele acestora au aceeași valoare juridică.

[Art.1² introdus prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

Articolul 2. Legislația privind activitatea în domeniul expertizei judiciare, constatărilor tehnico-științifice și medico-legale

[Art.2 titlul modificat prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

Activitatea în domeniul expertizei judiciare, constatărilor tehnico-științifice și medico-legale este reglementată de prezenta lege, de legislația de procedură, de alte acte normative, precum și de acordurile internaționale privind asistența juridică și relațiile juridice în materie civilă și penală la care Republica Moldova este parte.

[Art.2 modificat prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

Articolul 3. Principiile de activitate în domeniul expertizei judiciare

Activitatea în domeniul expertizei judiciare se desfășoară în baza principiilor legalității, independenței, obiectivității și plenitudinii cercetărilor efectuate.

Articolul 4. Independența expertului judiciar

(1) Expertul judiciar nu se poate afla în dependență, directă sau indirectă, de ordonatorul expertizei, de părți și de alte persoane interesate în rezultatul cauzei.

(2) Este interzisă influențarea expertului de către ordonatorul expertizei judiciare, autorități publice sau persoane particulare în scopul întocmirii raportului de expertiză în favoarea unuia dintre participanții la proces sau în interesul altor persoane.

(3) Persoanele vinovate de influențarea expertului poartă răspundere conform legislației.

Articolul 5. Obiectivitatea și plenitudinea cercetărilor

Expertul judiciar efectuează cercetările în baza unor aprecieri obiective, complete și sub toate aspectele a obiectelor materiale, a organismului uman, a diverselor fenomene și procese, aplicând realizările științei și tehnicii, precum și metodele adecvate cercetării.

Articolul 6. Obiectele examinării și păstrarea lor

(1) Examinării pot fi supuse corpurile delictive, cadavrele și părțile lor, persoanele în viață, documentele, obiectele, mostrele și alte materiale din dosarul referitor la care este dispusă efectuarea expertizei judiciare, constatarea tehnico-științifică și medico-legală.

[Art.6 al.(1) modificat prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

(2) Obiectele examinate pot fi deteriorate sau consumate doar în măsura necesară pentru efectuarea cercetărilor.

Articolul 7. Respectarea drepturilor și libertăților persoanei la efectuarea expertizei judiciare, constatării tehnico-științifice și medico-legale

[Art.7 titlul modificat prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

(1) La efectuarea expertizei judiciare, constatării tehnico-științifice și medico-legale este asigurată respectarea drepturilor și libertăților constituționale ale persoanei.

[Art.7 al.(1) modificat prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

(2) Acțiunile expertului și ale instituției de expertiză judiciară care limitează exercitarea drepturilor și libertăților persoanei pot fi atacate în modul stabilit de legislația de procedură.

Capitolul II EXPERTUL JUDICIAR

Articolul 8. Cerințele înaintate unui expert judiciar

(1) Poate fi expert judiciar persoana care:

a) are capacitatea de a acționa cu discernământ

b) are studii superioare universitare, pregătirea respectivă într-un anumit domeniu al expertizei judiciare și a obținut calificarea de expert judiciar;

[Art.8 al.(1), lit.b) în redactia LP1212-XV din 11.07.02, MO113-114/05.08.02 art.894]

c) posedă cunoștințe speciale în cele mai diverse domenii ale științei, tehnicii, medicinei, artei, în alte domenii ale activității umane necesare pentru întocmirea raportului de expertiză;

d) este atestată în calitate de expert judiciar într-un anumit domeniu;

e) nu are antecedente penale;

f) se bucură de o bună reputație profesională;

g) activează într-o instituție statală de expertiză judiciară sau a fost atestată, în modul stabilit, ca expert particular și este inclusă în Registrul de stat al experților judiciari atestați.

[Art.8 al.(1), lit.g) modificată prin LP12-XVI din 14.02.08, MO51-54/14.03.08 art.159]

[Art.8 al.(1), lit.g) introdusă prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

(2) Condițiile în care expertul judiciar nu poate participa la expertiză sînt stabilite de legislația de procedură.

Articolul 9. Drepturile expertului judiciar

(1) Expertul judiciar are dreptul:

a) să ia cunoștință, în condițiile legii, de materialele din dosar, să solicite materiale suplimentare necesare pentru întocmirea raportului de expertiză;

b) să indice în raportul de expertiză existența unor circumstanțe importante pentru cauză, în privința cărora nu au fost înaintate întrebări;

c) să asiste, cu permisiunea ordonatorului expertizei judiciare, la efectuarea acțiunilor de procedură și să înainteze demersuri referitor la obiectul expertizei;

d) să atace, în condițiile legii, acțiunile ordonatorului expertizei dacă acestea încalcă drepturile expertului judiciar;

e) să ceară ordonarea unei expertize în comisie sau a unei expertize complexe;

f) să-și expună obiecțiile privind interpretarea greșită a concluziilor din raportul de expertiză de către participanții la proces;

g) să fie remunerat suplimentar, în condițiile legii, pentru efectuarea expertizei judiciare în afara programului de lucru și în afara instituției în care este angajat, să ceară repararea cheltuielilor personale suportate în legătură cu efectuarea expertizei;

h) să refuze, în condițiile legii, efectuarea expertizei.

(2) Expertul judiciar beneficiază și de alte drepturi stabilite în legislația de procedură.

(3) Expertul judiciar nu are dreptul:

a) să contacteze personal părțile din proces dacă acest lucru pune la îndoială imparțialitatea sa;

b) să adune independent materiale pentru efectuarea expertizei;

c) să comunice altcuiva rezultatele expertizei, cu excepția ordonatorului expertizei;

d) să distrugă obiectele examinate ori să le modifice substanțial caracteristicile fără consimțământul scris al ordonatorului expertizei.

(4) Expertul judiciar poate fi antrenat în calitate de specialist la efectuarea unor acțiuni de urmărire penală, totodată, poate da consultații reprezentanților organelor de urmărire penală, părților la proces, persoanelor fizice și juridice pe cauze penale, civile, cazuri cu privire la contravențiile administrative și pe alte litigii, cu excepția experților medico-legali și experților-psihiatri antrenați în cauzele penale privind infracțiunile comise împotriva vieții, sănătății, libertății și demnității persoanei. Pe una și aceeași cauză el poate evalua numai în calitate de expert sau numai în calitate de specialist.

[Art.9 al.(4) introdus prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

Articolul 10. Obligațiile expertului judiciar

(1) Expertul judiciar este obligat:

a) să efectueze cercetări complete și în baza lor să prezinte concluzii întemeiate și obiective;

b) în caz de necesitate, la cererea ordonatorului expertizei judiciare, să prezinte explicații privind raportul de expertiză;

c) să se autorecuze, în condițiile legii, dacă există circumstanțe care nu permit participarea lui la

proces;

d) să nu divulge informațiile de care a luat cunoștință în legătură cu efectuarea expertizei dacă acestea pot cauza prejudicii drepturilor și libertăților constituționale ale cetățenilor sau constituie un secret apărut de lege;

e) să asigure integritatea maximă a obiectelor și materialelor examinate.

(2) Expertul judiciar are și alte obligații stabilite de legislația de procedură.

Articolul 11. Refuzul efectuării expertizei judiciare

Expertul judiciar poate refuza efectuarea expertizei judiciare în caz de:

a) încălcare a procedurii de ordonare a expertizei, dacă acest lucru împiedică sau face imposibilă efectuarea ei;

b) depășire a competenței expertului prin întrebările înaintate spre soluționare;

c) insuficiență a materialelor prezentate pentru întocmirea raportului de expertiză;

d) lipsă a condițiilor, metodicilor și mijloacelor tehnice necesare pentru efectuarea cercetărilor;

e) pericol pentru viața și sănătatea expertului, care depășește limitele riscului profesional;

f) neplată a taxei pentru serviciile sale.

[Art.11 lit.f) introdusă prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

Capitolul III

ORGANIZAREA ACTIVITĂȚII ÎN DOMENIUL EXPERTIZEI JUDICIARE, CONSTATĂRILOR TEHNICO-ȘTIINȚIFICE ȘI MEDICO-LEGALE

[Capitolul III titlul modificat prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

Articolul 12. Instituțiile de expertiză judiciară

(1) Expertiza judiciară se efectuează de către experții instituțiilor specializate de stat din sistemul Ministerului Justiției, Ministerului Sănătății, din subdiviziunile tehnico-criminalistice operative sau de expertiză judiciară ale Ministerului Afacerilor Interne, ale Centrului Național Anticorupție, ale Ministerului Apărării și ale Serviciului de Informații și Securitate, precum și de către alte persoane competente, desemnate de ofițerul de urmărire penală, de procuror sau de instanța judecătorească.

[Art.12 al.(1) modificat prin LP304 din 26.12.12, MO48/05.03.13 art.150; în vigoare 05.03.13]

[Art.12 al.(1) modificat prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

[Art.12 al.(1) modificat prin LP206-XV din 29.05.03, MO149-152/18.07.03 art.598]

[Art.12 al.(1) modificat prin LP197-XV din 15.05.03, MO97-98/31.05.03 art.436]

(2) Expertiza judiciară poate fi efectuată și de către experții particulari incluși în Registrul de stat al experților judiciari atestați, cu excepția expertizelor în cauzele penale privind infracțiunile comise împotriva vieții, sănătății, libertății și demnității persoanei.

[Art.12 al.(2) modificat prin LP391-XV din 25.11.04, MO233-236/17.12.04 art.1007]

(3) Centrul Național de Expertize Judiciare de pe lângă Ministerul Justiției reprezintă o instituție coordonatoare în domeniul teoriei și practicii expertizei judiciare și criminalisticii și efectuează expertizele judiciare în baza regulamentului aprobat de Guvern.

[Art.12 al.(3) modificat prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

(4) Expertiza medico-legală se efectuează de către Centrul de Medicină Legală de pe lângă Ministerul Sănătății, în baza regulamentului aprobat de Guvern, iar expertiza psihiatrico-legală se efectuează în unitățile medico-sanitare din sistemul Ministerului Sănătății.

[Art.12 al.(4) modificat prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

(5) Subdiviziunile tehnico-criminalistice operative sau de expertiză judiciară ale Ministerului Afacerilor Interne, ale Centrului Național Anticorupție, ale Ministerului Apărării și ale Serviciului de Informații și Securitate efectuează expertiza judiciară în conformitate cu propriile regulamente.

[Art.12 al.(5) modificat prin LP304 din 26.12.12, MO48/05.03.13 art.150; în vigoare 05.03.13]

[Art.12 al.(5) modificat prin LP197-XV din 15.05.03, MO97-98/31.05.03 art.436]

[Art.12 în redacția LP1212-XV din 11.07.02, MO113-114/05.08.02 art.894]

Articolul 13. Drepturile conducătorului instituției
de expertiză judiciară

(1) Conducătorul instituției de expertiză judiciară este în drept:

a) să remită, fără executare, ordonanța sau încheierea de ordonare a expertizei judiciare, obiectele și materialele din dosar care urmează a fi examinate dacă instituția nu dispune de specialiști, bază tehnico-materială și/sau condiții speciale necesare pentru efectuarea cercetărilor;

b) să înainteze ordonatorului expertizei un demers privind includerea în componența comisiei de expertiză a persoanelor care nu activează în instituția respectivă dacă cunoștințele lor speciale sînt necesare pentru întocmirea raportului de expertiză.

c) să participe în calitate de expert judiciar conform calificării conferite;

[Art.13 al.(1), lit.c) introdusă prin LP1212-XV din 11.07.02, MO113-114/05.08.02 art.894]

d) să remită expertului judiciar raportul prezentat în cazul în care nu este complet sau concluziile din raport sînt neclare.

[Art.13 al.(1), lit.d) introdusă prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

(2) Conducătorul instituției de expertiză judiciară nu este în drept să dea expertului judiciar indicații care ar putea influența negativ efectuarea cercetărilor și conținutul raportului de expertiză.

Articolul 14. Obligațiile conducătorului instituției
de expertiză judiciară

Conducătorul instituției de expertiză judiciară este obligat:

a) să aprobe regulamentele interne;

[Art.14 lit.a) în redacția LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

b) la primirea ordonanței sau a încheierii de ordonare a expertizei, să dispună efectuarea acesteia unei persoane concrete sau unei comisii de experți din rîndul colaboratorilor instituției de expertiză judiciară, care posedă cunoștințe speciale în volumul necesar pentru a răspunde la întrebările înaintate expertului (comisiei de experți);

c) să stabilească termenele de efectuare a expertizei în condițiile art.20 alin.(1) și să supravegheze respectarea lor în limite rezonabil posibil;

d) să asigure condițiile necesare pentru efectuarea expertizei;

e) la terminarea cercetărilor, să remită raportul de expertiză, obiectele supuse examinării și materialele din dosar ordonatorului expertizei.

[Art.14 lit.f) exclusă prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

[Art.14 lit.f) introdusă prin LP1212-XV din 11.07.02, MO113-114/05.08.02 art.894]

Capitolul IV

**EFFECTUAREA EXPERTIZEI JUDICIARE, CONSTATĂRILOR
TEHNICO-ȘTIINȚIFICE ȘI MEDICO-LEGALE**

[Capitolul IV titlul modificat prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

Articolul 15. Ordonarea expertizei

(1) Expertiza judiciară se efectuează la ordonarea organului de urmărire penală, a procurorului, a organului împuternicit să examineze cazurile cu privire la contravențiile administrative, a instanței judecătorești din oficiu sau la cererea părților, în conformitate cu legislația de procedură penală, de procedură civilă, legislația cu privire la contravențiile administrative și cu prezenta lege.

[Art.15 al.(1) în redacția LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

[Art.15 al.(1) modificat prin LP206-XV din 29.05.03, MO149-152/18.07.03 art.598]

(2) Ordonanța sau încheierea de ordonare a expertizei judiciare va conține: data de ordonare a expertizei; numele și funcția sau denumirea ordonatorului expertizei; denumirea instituției care urmează s-o efectueze; temeiurile pentru dispunerea expertizei; întrebările înaintate expertului; lista documentelor și obiectelor care vor fi puse la dispoziția expertului; în caz de necesitate, vor fi indicate condițiile speciale de comportare cu obiectele supuse examinării, precum și alte circumstanțe prevăzute de legislația de procedură.

(3) Expertiza judiciară se efectuează, de asemenea, la inițiativa părților sau a reprezentanților lor, precum și a avocatului parlamentar, pentru stabilirea circumstanțelor care, după părerea părților, pot servi drept probe pentru apărarea intereselor lor.

[Art.15 al.(3) modificat prin LP13-XVI din 14.02.08, MO51-54/14.03.08 art.161]

(4) Demersul părților privind efectuarea expertizei va include datele specificate la alin.(2).

Articolul 15¹. Organizarea acțiunilor premergătoare efectuării expertizei judiciare, constatării tehnico-științifice și medico-legale

(1) Conducătorul instituției de expertiză judiciară adresează efectuarea expertizei judiciare, constatării tehnico-științifice sau medico-legale unuia sau mai multor experți, nominalizați în ordonanță, în încheierea parvenită de la organul de urmărire penală, procuror, instanța judecătorească, de la organul împuternicit să examineze cazurile cu privire la contravențiile administrative, în cererea persoanelor fizice și juridice.

(2) În cazul în care expertul (experții) nu este nominalizat concret, precum și în cazul adresării persoanei fizice sau juridice, conducătorul instituției de expertiză judiciară numește expertul concret sau grupul de experți pentru efectuarea expertizei judiciare, a constatării tehnico-științifice și medico-legale.

(3) În cazul în care, la efectuarea expertizei judiciare, constatării tehnico-științifice și medico-legale, apare necesitatea de a antrena un expert netitular, conducătorul instituției de expertiză judiciară solicită ordonatorului expertizei judiciare, constatărilor tehnico-științifice și medico-legale acordul pentru antrenarea expertului și pentru remunerarea muncii lui.

[Art.15¹ introdus prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

Articolul 15². Efectuarea expertizei judiciare, constatărilor tehnico-științifice și medico- legale

(1) Expertul care a primit, la indicația conducătorului instituției de expertiză judiciară, materialele înregistrate le examinează preventiv în termen de 2-3 zile, iar în cazurile simple se pronunță imediat asupra existenței sau inexistenței motivelor de autorecuzare, suficienței sau insuficienței obiectelor cercetării, necesității antrenării unor specialiști netitulari pentru soluționarea deplină a problemelor puse în fața expertizei judiciare, constatării tehnico-științifice și medico-legale.

(2) Expertiza în cauzele penale se efectuează de către expert fără perceperea taxei, cu excepția cazului prevăzut la art.15¹ alin.(3).

(3) Expertiza în cauzele civile, precum și constatarea tehnico-științifică se efectuează de către expert numai după achitarea taxei respective de către partea indicată de organul care a dispus efectuarea expertizei ori de persoana fizică sau juridică care a solicitat efectuarea constatării.

[Art.15² introdus prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

Articolul 15³. Clasificarea expertizelor judiciare

Expertizele judiciare pot fi clasificate în expertize individuale, în comisie (colegiale), complexe, suplimentare, repetate și contraexpertize.

[Art.15³ introdus prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

Articolul 15⁴. Expertiza individuală

Expertiza individuală se consideră cercetarea pe un caz concret, care se efectuează de către un expert și se finalizează cu întocmirea unui raport în care sînt formulate concluziile expertului.

[Art.15⁴ introdus prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

Articolul 16. Expertiza în comisie

(1) Expertiza judiciară în comisie este efectuată de persoane competente în același domeniu de activitate.

(2) Experții incluși în comisie stabilesc scopurile, succesiunea și volumul cercetărilor în dependență de caracterul obiectului expertizei.

Articolul 17. Expertiza complexă

(1) Expertiza judiciară complexă se efectuează în cazurile în care pentru elucidarea faptelor sau circumstanțelor cauzei sînt necesare cunoștințe din mai multe domenii ale științei și tehnicii, din alte domenii ale activității umane.

(2) Fiecare expert, participant la expertiza complexă, efectuează cercetări în limitele competenței sale. Expertul participă la formularea răspunsului doar la acele întrebări cuprinse în ordonanță sau încheiere care corespund domeniului său de activitate.

(3) În raportul de expertiză se vor indica felul cercetărilor efectuate de către fiecare expert, volumul acestora, experții care au formulat răspunsuri la întrebări și concluziile la care s-a ajuns.

(4) Organizarea cercetărilor complexe este atribuită conducătorului instituției de expertiză judiciară sau unuia dintre experții incluși în grupul de efectuare a cercetărilor complexe.

[Art.17 al.(4) modificat prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

Articolul 18. Expertiza suplimentară și expertiza repetată

(1) În cazul în care concluziile expertului nu trezesc îndoieli, dar sînt insuficient de clare sau incomplete ori în urma unor cercetări incomplete au apărut întrebări suplimentare care au importanță pentru stabilirea adevărului, se dispune efectuarea unei expertize suplimentare de către același sau alt expert.

(2) Dacă concluziile expertului nu sînt întemeiate sau există îndoieli privind veridicitatea, exactitatea și argumentarea acestora, sau dacă există contradicții între concluziile mai multor experți, se dispune efectuarea expertizei repetate de către alt expert (alți experți). La efectuarea expertizei repetate poate participa și expertul care a efectuat prima expertiză. În acest caz, numărul experților trebuie să fie nu mai mic de trei.

(3) Dacă concluziile expertizei repetate nu corespund concluziilor primei expertize, expertul este obligat să indice în raportul de expertiză cauzele acestei necorespunderi.

(4) În cazul ordonării unei expertize suplimentare sau a unei expertize repetate, se indică, în mod obligatoriu, motivele. La ordonarea expertizei repetate se prezintă raportul primei expertize sau procesul-verbal privind imposibilitatea întocmirii lui, precum și toate materialele suplimentare aflate la dispoziția ordonatorului expertizei judiciare.

Articolul 19. Expertiza obligatorie

Efectuarea expertizei obligatorii se dispune în cazurile prevăzute de Codul de procedură penală (art.143) și de alte acte normative.

[Art.19 modificat prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

Articolul 20. Termenele de efectuare a expertizei

(1) Termenele de efectuare a expertizei judiciare sînt stabilite conform regulamentelor privind organizarea și efectuarea acesteia, ținîndu-se cont de termenele de procedură prevăzute de legislație și de termenele solicitate de ordonatorul expertizei.

(2) Neprezentarea raportului de expertiză în termenul stabilit, fără motive întemeiate, atrage răspundere disciplinară în conformitate cu legislația.

Articolul 21. Raportul de expertiză și procesul-verbal
privind imposibilitatea întocmirii lui

(1) După efectuarea expertizei, expertul judiciar întocmește un raport în scris. Structura raportului este determinată de legislația de procedură civilă sau penală, de regulamentele privind organizarea și efectuarea expertizei judiciare.

(2) La efectuarea oricărei expertize judiciare de către un grup de experți, se întocmește un singur raport de expertiză, care este semnat de toți experții. Dacă există divergențe între experți, fiecare

din ei își întocmește concluziile aparte sau declară despre imposibilitatea prezentării unor concluzii comune.

(3) Raportul de expertiză se expune într-un limbaj clar pentru a exclude o interpretare diferită a concluziilor.

(4) Dacă, pînă la efectuarea cercetărilor, expertul constată că întrebările ce i se pun depășesc cadrul cunoștințelor lui de specialitate, că realizările științei și tehnicii, precum și experiența sa practică nu permit soluționarea lor, materialele prezentate pentru expertiză pot fi remise fără efectuarea acesteia.

[Art.21 al.(4) în redacția LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

(5) În cazul în care, în cursul efectuării cercetărilor respective, expertul a constatat că materialele puse la dispoziția lui pentru a întocmi raportul de expertiză sînt insuficiente sau nu sînt precise, el redactează un proces-verbal privind imposibilitatea întocmirii unui astfel de raport.

[Art.21 al.(5) introdus prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107; al.(5)-(6) devin (6)-(7)]

(6) Raportul de expertiză sau procesul-verbal privind imposibilitatea întocmirii lui se depune ordonatorului expertizei.

(7) Prezentarea, cu bună-știință, a concluziilor false în raportul de expertiză atrage răspundere penală conform legislației.

[Art.21 al.(7) modificat prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

Articolul 22. Aprecierea raportului de expertiză

(1) Raportul de expertiză este apreciat, în conformitate cu legislația de procedură, sub aspectul exactității, obiectivității și plenitudinii cercetărilor, precum și al eficienței și caracterului fundamental al metodelor de cercetare folosite la efectuarea expertizei.

(2) Concluziile expertului nu sînt obligatorii pentru instanța de judecată, procuror, și ofițerul de urmărire penală, însă respingerea lor trebuie să fie motivată.

[Art.22 al.(2) modificat prin LP206-XV din 29.05.03, MO149-152/18.07.03 art.598]

Articolul 23. Locul și condițiile efectuării expertizei

(1) Expertiza judiciară se efectuează în instituția de expertiză judiciară sau în afara ei.

(2) În cazul în care se impune necesitatea efectuării unei expertize la fața locului sau la locul aflării obiectului ce urmează a fi examinat, ordonatorul acesteia este obligat să-i asigure expertului deplasarea spre obiectul cercetării și înapoi, accesul liber la obiectul respectiv, precum și condiții optime pentru lucru.

[Art.23 al.(2) modificat prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

(3) Expertiza persoanei în viață poate fi efectuată atît în instituția medicală, cît și în afara ei dacă există condițiile necesare pentru examinare și pentru asigurarea respectării drepturilor și intereselor legitime ale persoanei examinate.

(4) Dacă, la efectuarea expertizei unei persoane, apare necesitatea examinării acesteia în condiții de staționar, persoana respectivă este internată într-o unitate medico-sanitară în condițiile art.25.

Articolul 24. Liberul consimțămînt și constrîngerea a efectuarea expertizei

(1) Examinarea persoanei în viață este efectuată doar cu liberul ei consimțămînt, cu excepția cazurilor cînd efectuarea expertizei este obligatorie conform legislației de procedură.

(2) Consimțămîntul persoanei de a fi examinată este prezentat în scris ordonatorului expertizei. Dacă persoana față de care a fost dispusă efectuarea expertizei nu a atins vîrsta de 16 ani sau este lipsită de discernămint conform hotărîrii instanței judecătorești, consimțămîntul acesteia este redactat de reprezentantul ei legal, iar în lipsa acestuia, de ruda ei cea mai apropiată.

(3) Dacă persoana lipsită de discernămint se eschivează în mod vădit de a se prezenta la expertiză, ordonatorul expertizei poate decide aducerea forțată a acesteia în modul stabilit de legislație.

(4) Persoana bănuită, învinuitul, inculpatul, persoana față de care sînt aplicate măsuri de

constrângere cu caracter medical se pot examina în mod forțat. În caz de necesitate, la decizia ordonatorului expertizei, aceste persoane sînt internate, în condițiile prezentei legi, în instituția medicală, menționîndu-se despre aceasta în ordonanța sau încheierea de efectuare a expertizei.

(5) Dacă persoana bănuită sau învinuitul nu se află sub arest preventiv, internarea lor într-o instituție de boli mintale se face cu încuviințarea judecătorului de instrucție.

[Art.24 al.(5) modificat prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

Articolul 25. Temeiurile și modul internării persoanei
în instituția medicală pentru efectuarea
expertizei

(1) Internarea persoanei în instituția medicală pentru efectuarea expertizei este permisă numai în temeiul deciziei ordonatorului expertizei judiciare, în modul stabilit de legislația de procedură. În ordonanța sau încheierea de efectuare a expertizei se indică numele și prenumele persoanei care urmează a fi internată, denumirea instituției medicale, iar în caz de necesitate, se indică și decizia privind măsura preventivă sau de aducere forțată în instituția medicală.

(2) Ordonatorul expertizei, la a cărui decizie persoana a fost internată în instituția medicală pentru efectuarea expertizei, este obligat, în termen de 24 de ore, să anunțe despre aceasta membrii familiei persoanei internate, rudele ei sau alte persoane indicate de ea, iar în cazul lipsei acestora - organul de poliție de la locul de trai.

(3) Persoanele aflate sub arest pot fi internate în instituții medicale special amenajate în acest scop.

Articolul 26. Termenele de aflare a persoanei în instituția
medicală pentru efectuarea expertizei

(1) Persoana poate fi internată în instituția medicală pentru efectuarea expertizei judiciare pe un termen de pînă la 30 de zile.

(2) În caz de necesitate, la demersul motivat al expertului (expertilor), termenul indicat la alin.(1) poate fi prelungit de către ordonatorul expertizei, în condițiile legii, pe o durată de 30 de zile.

(3) Demersul privind prelungirea termenului de aflare a persoanei în instituția medicală se prezintă în timp de 3 zile din momentul constatării imposibilității întocmirii raportului de expertiză în termenul indicat la alin.(1).

(4) Dacă termenul de aflare în instituția medicală nu este prelungit, persoana examinată este externată de îndată din staționar.

(5) Încălcarea termenelor de ținere în instituția medicală, stabilite de prezentul articol, poate fi atacată în instanța judecătorească de către persoana examinată, apărătorul ei, reprezentantul ei legal, precum și de conducătorul instituției medicale.

Articolul 27. Comunicarea deciziei privind ordonarea
expertizei

(1) Ordonatorul expertizei este obligat să aducă la cunoștință persoanei care urmează să fie supusă expertizei sau reprezentantului ei legal ordonanța sau încheierea de ordonare a expertizei, să-i explice drepturile și obligațiile în modul stabilit de legislația de procedură.

(2) Dacă persoana urmează a fi supusă expertizei psihiatrico-legale, ea este informată despre aceasta în prezența apărătorului sau a reprezentantului ei legal, admis la proces.

(3) Dacă persoana a atins vîrsta de 16 ani și nu este lipsită de discernămint conform hotărîrii instanței judecătorești, însă starea ei psihică nu permite să i se aducă la cunoștință ordonanța sau încheierea de efectuare a expertizei, aceasta este adusă la cunoștință apărătorului sau reprezentantului legal al persoanei, admis la proces. Despre acest lucru ordonatorul expertizei întocmește un proces-verbal.

Articolul 28. Contestarea ordonării expertizei

Ordonarea expertizei poate fi contestată de către persoana care urmează a fi supusă expertizei sau de către reprezentantul ei legal în modul stabilit de legislația de procedură.

Articolul 29. Apărarea drepturilor și intereselor legitime

ale persoanei supuse expertizei

- (1) Este interzisă restrângerea drepturilor persoanei supuse expertizei, excepție făcând cazurile când legislația de procedură prevede temeiuri pentru o astfel de restrângere.
- (2) Este interzisă recurgerea la aplicarea violenței, amenințării, înșelăciunii și altor mijloace ilegale în scopul obținerii informației de la persoana supusă expertizei.
- (3) Persoanei internate în instituția medicală pentru a fi supusă expertizei i se asigură posibilitatea de a avea întrevederi cu apărătorul sau cu reprezentantul ei legal, admis la proces, în condiții ce exclud divulgarea informației altor persoane.
- (4) Persoanei internate în instituția medicală pentru a fi supusă expertizei îi este asigurată posibilitatea de a înainta petiții, demersuri. Petițiile înaintate în temeiurile prevăzute de legislația de procedură nu sînt supuse controlului și, în termen de 24 de ore, sînt expediate adresantului.
- (5) Dacă persoana supusă expertizei nu este ținută sub arest preventiv, ea beneficiază de dreptul la recuperarea cheltuielilor suportate în legătură cu efectuarea expertizei.

Articolul 30. Condițiile ținerii în staționarele de psihiatrie

- (1) La ordonarea expertizei psihiatrico-legale, persoanele supuse măsurii preventive sub formă de arest sînt ținute în secții special utilizate în acest scop. Ținerea în aceste secții a persoanelor care nu se află sub arest preventiv nu este permisă. Paza și măsurile de securitate sînt asigurate, în conformitate cu legislația, de serviciile respective ale Ministerului Afacerilor Interne.
- (2) Deservirea materială, asistența medicală și sanitaro-igienică a persoanelor internate în staționarele de psihiatrie se efectuează în conformitate cu legislația privind ocrotirea sănătății.

Articolul 31. Metodele de cercetare aplicate la examinarea

persoanelor supuse expertizei

- (1) La examinarea persoanelor supuse expertizei nu este permisă aplicarea metodelor de cercetare însoțite de senzații puternice de durere, care pot avea efecte negative asupra sănătății, precum și a celor interzise în practica medicală.
- (2) În cazul în care persoana supusă expertizei are nevoie de asistență medicală, aceasta i se acordă în modul stabilit de legislația privind ocrotirea sănătății.
- (3) La efectuarea expertizei judiciare este permisă obținerea de la persoanele examinate a probelor necesare pentru cercetări. Probele sînt prelevate de către medic sau alt specialist în prezența a doi lucrători medicali din instituția medicală respectivă. Despre obținerea probelor se menționează în raportul de expertiză.
- (4) Este interzisă obținerea forțată a probelor de la persoanele supuse expertizei în mod benevol.

Articolul 32. Asistarea la examinarea persoanei supuse

expertizei a altor participanți la proces

- (1) La examinarea persoanei supuse expertizei pot asista persoanele care au acest drept conform legislației de procedură. Asistarea altor participanți la proces este permisă doar cu consimțămîntul persoanei examinate și cu acordul scris al ordonatorului expertizei.
- (2) Cu consimțămîntul persoanei examinate și cu acordul scris al ordonatorului expertizei, la efectuarea expertizei poate asista apărătorul persoanei.
- (3) La examinarea persoanelor care nu au atins vîrsta de 16 ani sau care sînt lipsite de discernămint conform hotărîrii instanței judecătorești pot asista reprezentanții lor legali, iar cu consimțămîntul acestora, pot asista și apărătorii persoanelor supuse expertizei. Alt reprezentant al persoanei examinate, admis la proces, poate asista la efectuarea expertizei doar cu consimțămîntul acestei persoane sau al reprezentantului ei legal.
- (4) Dacă apărătorul sau reprezentantul legal al persoanei supuse expertizei împiedică prin acțiunile sale efectuarea expertizei, la demersul motivat al expertului (experților), ordonatorul expertizei poate interzice asistarea acestuia la efectuarea expertizei.
- (5) Dacă examinarea persoanelor implică dezbrăcarea lor, la efectuarea expertizei pot asista doar persoane de același sex. Această restricție nu se referă la medici și alți lucrători medicali care participă la efectuarea expertizei.

- (6) Asistarea altor participanți la proces nu este permisă:
- la întocmirea raportului de expertiză;
 - în timpul consultării experților la efectuarea expertizei în comisie sau a celei complexe;
 - la efectuarea expertizei, dacă asistarea poate împiedica efectuarea ei.

Articolul 33. Familiarizarea cu raportul de expertiză

După finalizarea expertizei, persoanei examinate, apărătorului sau reprezentantului ei legal li se oferă posibilitatea de a lua cunoștință de raportul de expertiză sau procesul-verbal privind imposibilitatea întocmirii lui, în modul prevăzut de legislația de procedură.

Capitolul V

**ASIGURAREA FINANCIARĂ, MATERIALĂ,
ȘTIINȚIFICO-METODICĂ ȘI ORGANIZAȚIONALĂ
A ACTIVITĂȚII DE EXPERTIZĂ JUDICIARĂ**

Articolul 34. Finanțarea instituțiilor de expertiză judiciară

(1) Drept surse de finanțare a instituțiilor de expertiză judiciară servesc alocațiile din bugetul de stat și mijloacele încasate de la persoanele juridice și fizice ca plată pentru efectuarea expertizelor judiciare, cercetărilor științifice și altor lucrări, precum și alte mijloace speciale.

[Art.34 al.(1) modificat prin LP154 din 21.07.05, MO126-128/23.09.05 art.611]

(2) Plata expertizelor judiciare în cauzele civile, precum și plata constatărilor tehnico-științifice se fac anticipat de către partea care a solicitat expertiza sau constatarea, fapt menționat în încheierea de ordonare a expertizei, în cererea sau în adresarea de a efectua constatarea respectivă.

[Art.34 al.(2) în redacția LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

(3) În cauzele penale, cheltuielile pentru efectuarea expertizei sînt achitate din bugetul de stat, cu excepția cazului prevăzut la art.142 alin.(2) din Codul de procedură penală al Republicii Moldova.

[Art.34 al.(3) modificat prin LP12-XVI din 14.02.08, MO51-54/14.03.08 art.159]

(4) La solicitarea Agentului guvernamental, și a avocatului parlamentar instituțiile de expertiză judiciară vor efectua expertizele judiciare în mod gratuit.

[Art.34 al.(4) modificat prin LP13-XVI din 14.02.08, MO51-54/14.03.08 art.161]

[Art.34 al.(4) introdus prin LP335-XVI din 16.12.05, MO1-4/06.01.06 art.22]

(5) Ca excepție (situația materială a solicitantului, invalizi de gradele I, II și III și beneficiari de pensie pentru limită de vîrstă), prin decizia conducătorului instituției, taxele pentru expertiza judiciară, constatarea tehnico-științifică pot fi reduse pînă la 50%.

[Art.34 al.(5) introdus prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

Articolul 35. Calificarea experților judiciari

(1) Persoana care solicită atribuirea calificării de expert judiciar în domeniul unei specialități concrete trebuie să fie angajată în calitate de expert-stagiar într-o instituție de expertiză judiciară nominalizată în art.12, cu excepția instituțiilor specializate de stat din sistemul Ministerului Sănătății, să studieze aprofundat bazele teoretice ale expertizei judiciare, constatărilor tehnico-științifice și legislația în vigoare în domeniu, să acumuleze deprinderi practice necesare exercitării activității profesionale.

(2) La finele stagiului, persoana susține teste în fața comisiei de calificare aprobate prin ordinul conducătorului organului respectiv.

(3) Comisia de calificare a experților judiciari include în componența sa cei mai experimentați specialiști, care au grad științific sau grad înalt de calificare. În componența comisiei trebuie să fie cel puțin 3 experți de aceeași specialitate ca și a persoanelor cărora li se conferă calificarea, de asemenea pot fi incluși specialiști de vază din alte instituții.

(4) Comisia de calificare oferă expertului-stagiar dreptul de a efectua un anumit gen de expertiză judiciară.

(5) Persoana care solicită conferirea calificării de expert judiciar pentru activitate în instituțiile

specializate de stat din sistemul Ministerului Sănătății trebuie să susțină specializarea postuniversitară prin una din formele aprobate. La finele specializării, se susține examenul de specialitate în fața comisiei de examinare, aprobate prin ordinul conducătorului organului respectiv, care va oferi persoanei examinate dreptul de a efectua un anumit gen de expertiză judiciară.

[Art.35 introdus prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

[Art.35 exclus prin LP1212-XV din 11.07.02, MO113-114/05.08.02 art.894]

Articolul 36. Atestarea experților judiciari

(1) Experții judiciari sînt atestați o dată la 5 ani.

(2) În funcție de posedarea cunoștințelor teoretice, de nivelul profesional, de vechimea în muncă a expertului judiciar, comisia de atestare îi conferă gradul respectiv de calificare și, după caz, ia decizia privind includerea lui în Registrul de stat al experților judiciari atestați.

(3) Experților judiciari li se conferă următoarele grade de calificare:

a) expert judiciar de categoria a treia;

b) expert judiciar de categoria a doua;

c) expert judiciar de categoria întâi;

d) expert judiciar de categorie superioară.

[Art.36 în redacția LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

[Art.36 titlul în redacția LP1212-XV din 11.07.02, MO113-114/05.08.02 art.894]

Articolul 37. Comisiile de atestare

(1) Comisiile de atestare se instituie de către instituțiile de expertiză judiciară specificate la art.12 alin.(1) și activează în baza regulamentului unic aprobat de acestea și a propriilor regulamente.

[Art.37 al.(1) modificat prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

(2) Comisiile de atestare a experților judiciari includ în componența lor specialiști de vază în ramura respectivă, care au grad științific sau grad superior de calificare. În mod obligatoriu, din componența comisiei fac parte conducătorii unor subdiviziuni ale instituției de expertiză, precum și un reprezentant al ministerului respectiv. Președinte al comisiei de atestare se numește un savant notoriu sau un specialist de vază în domeniu.

[Art.37 al.(2) în redacția LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

[Art.37 în redacția LP1212-XV din 11.07.02, MO113-114/05.08.02 art.894]

Articolul 38. Legitimația expertului judiciar

Expertul judiciar primește legitimație de modelul aprobat de Ministerul Justiției, Ministerul Sănătății, Ministerul Afacerilor Interne, Centrul Național Anticorupție, Ministerul Apărării și Serviciul de Informații și Securitate.

[Art.38 modificat prin LP371-XVI din 29.12.05, MO25-27/10.02.06 art.107]

[Art.38 modificat prin LP197-XV din 15.05.03, MO97-98/31.05.03 art.436]

[Art.38 în redacția LP1212-XV din 11.07.02, MO113/05.08.02 art.894]

Articolul 39. Salarizarea experților judiciari

Salarizarea și pensionarea experților judiciari se efectuează în modul și în condițiile stabilite de legislație.

Articolul 40. Protecția de stat a expertului judiciar

(1) Expertul judiciar și membrii familiei lui se află sub protecția statului.

(2) Atentatul la viața și sănătatea expertului judiciar, distrugerea sau deteriorarea bunurilor, amenințarea lui cu omor, violență sau deteriorare a bunurilor, precum și atentatul la viața și sănătatea rudelor apropiate (părinți, soție, soț, copii) atrag răspunderea stabilită de legislație.

Articolul 41. Paza instituțiilor de expertiză judiciară

Paza localurilor și a altor bunuri ale instituțiilor de expertiză judiciară, precum și a secției de tratament prin constrîngere cu supraveghere riguroasă, este asigurată, în mod gratuit, de poliția pusă în serviciul acestor instituții de către Ministerul Afacerilor Interne.

Capitolul VI
COLABORAREA INTERNAȚIONALĂ
ÎN ACTIVITATEA DE EXPERTIZĂ JUDICIARĂ

Articolul 42. Efectuarea expertizelor judiciare la solicitarea autorităților competente ale statelor străine

(1) Expertizele judiciare la solicitarea autorităților competente ale statelor străine se efectuează în modul stabilit de legislația de procedură și de tratatele, acordurile și convențiile internaționale la care Republica Moldova este parte.

(2) Plata expertizelor se efectuează în temeiul înțelegerii dintre solicitant și executorul expertizei judiciare.

Articolul 43. Participarea specialiștilor din alte țări la efectuarea expertizelor judiciare

(1) În caz de necesitate, conducătorul instituției de expertiză judiciară are dreptul, cu acordul ordonatorului expertizei, de a include în comisiile de expertiză specialiști calificați din alte state. Comisiile mixte de experți efectuează expertizele judiciare în conformitate cu legislația Republicii Moldova.

(2) Plata pentru participarea specialiștilor străini la efectuarea expertizei judiciare se face la înțelegerea părților.

Articolul 44. Colaborarea științifică internațională

Instituțiile de expertiză judiciară beneficiază de dreptul de a stabili legături științifice cu instituțiile de profil din alte state în baza tratatelor, acordurilor și convențiilor internaționale.

Capitolul VII
DISPOZIȚII FINALE ȘI TRANZITORII

Articolul 45

[Art.45 al.(1)- (2) excluse prin LP1212-XV din 11.07.02, MO113/05.08.02 art.894; al.(3)-(4) devin al.(1)- (2)]

(1) În termen de pînă la 1 ianuarie 2003, instituțiile de expertiză judiciară specificate la art.12 alin.(1) vor determina modul de atestare a experților judiciari și de conferire, conform art.36, a gradelor de calificare și vor elibera legitimațiile prevăzute la art.38.

[Art.45 al.(1) în redacția LP1212-XV din 11.07.02, MO113/05.08.02 art.894]

(2) Guvernul, în termen de 3 luni, va prezenta Parlamentului propuneri privind salarizarea experților, ținînd cont de specificul și condițiile lor de activitate.

PREȘEDINTELE

PARLAMENTULUI

Dumitru DIACOV

Chișinău, 23 iunie 2000.

Nr. 1086-XIV.

Articolul 88. Expertul

(1) Expertul este persoana numită pentru a efectua investigații în cazurile prevăzute de prezentul cod, care nu este interesată în rezultatele cauzei penale și care, aplicînd cunoștințele speciale din domeniul științei, tehnicii, artei și din alte domenii, prezintă rapoarte în baza acestora.

(2) Expertul nu poate fi numit sau în alt mod implicat în procesul penal ca expert în probleme juridice.

(3) Expertul este obligat:

1) să facă în raportul său concluzii obiective și întemeiate asupra întrebărilor ce i se pun, să delimiteze concluziile făcute în baza programelor computerizate sau a literaturii de specialitate care nu au fost verificate de el;

2) să refuze de a face concluzii dacă întrebarea pusă depășește cadrul cunoștințelor lui de specialitate sau dacă materialele ce i s-au pus la dispoziție nu sînt suficiente pentru prezentarea concluziilor, comunicînd în scris despre aceasta organului sau instanței care a dispus expertiza, cu indicarea motivelor respective;

3) să se prezinte la chemarea organului de urmărire penală sau a instanței pentru a fi prezentat participanților la acțiunea procesuală, precum și pentru a da explicații pe marginea concluziilor date în scris;

4) să prezinte organului de urmărire penală sau instanței documentele ce confirmă calificarea lui specială, să-și aprecieze obiectiv capacitatea și competența sa pentru darea concluziilor respective;

5) să comunice, la cererea organului de urmărire penală sau a instanței, precum și a părților în ședința de judecată, despre experiența sa profesională și despre relațiile sale cu persoanele participante în cauza dată;

6) în caz de participare la efectuarea acțiunii procesuale, să nu părăsească locul efectuării acesteia fără permisiunea organului care o efectuează, precum și ședința de judecată fără permisiunea președintelui ședinței;

7) să se supună dispozițiilor legale ale organului de urmărire penală sau ale instanței;

8) să respecte ordinea stabilită în ședința de judecată;

9) să nu divulge circumstanțele și datele ce i-au devenit cunoscute în urma efectuării expertizei sau în urma participării la ședința de judecată închisă, inclusiv circumstanțele ce se referă la inviolabilitatea vieții private, de familie, precum cele care constituie secret de stat, secret comercial sau alte informații oficiale cu accesibilitate limitată.

(4) Pentru prezentarea cu bună știință a concluziilor false, expertul poartă răspundere în conformitate cu art.312 din Codul penal.

(5) Expertul are dreptul:

1) să ia cunoștință de materialele cauzei penale în legătură cu obiectul expertizei;

2) să ceară să i se pună la dispoziție materiale suplimentare necesare pentru prezentarea concluziilor;

3) să participe, cu aprobarea organului de urmărire penală sau a instanței, la audieri și la alte acțiuni procesuale ce țin de obiectul expertizei, să pună întrebări persoanelor audiate cu participarea lui;

4) să prezinte concluzii nu numai referitor la întrebările puse, ci și la alte circumstanțe ce țin de competența sa și care au fost constatate în urma investigațiilor efectuate;

5) să ia cunoștință de procesele-verbale ale acțiunilor la care el a participat și să ceară includerea obiecțiilor sale în procesul-verbal respectiv;

6) să ceară compensarea cheltuielilor suportate în legătură cu participarea la procesul penal în cauza respectivă și repararea prejudiciului cauzat de acțiunile nelegitime ale organului de urmărire penală sau ale instanței;

7) să primească recompensă pentru lucrul efectuat.

(6) Expertul are și alte drepturi și obligații prevăzute de prezentul cod.

Articolul 89. Recuzarea expertului

(1) Persoana nu poate lua parte la proces în calitate de expert:

1) dacă există circumstanțe prevăzute la art.33, ale cărui prevederi se aplică în mod corespunzător;

2) dacă se află în relații de rudenie sau în alte relații de dependență de persoana care

efectuează urmărirea penală, de judecător sau de vreuna din părțile la proces ori, după caz, de reprezentanții lor;

3) dacă nu este în drept să fie în această calitate în baza legii sau a sentinței judecătorești;

4) dacă a efectuat în cauza respectivă o revizie sau alte acțiuni de control, rezultatele cărora au servit temei pentru pornirea procesului penal;

5) dacă a participat în calitate de specialist în acest proces, cu excepția cazurilor de participare a medicului legist la examinarea exterioră a cadavrului și a cazurilor de participare a specialiștilor în materie la cercetarea exploziilor și la demontarea dispozitivelor explozive;

6) dacă se constată incompetența ei.

(2) Participarea anterioară a persoanei în calitate de expert nu este un obstacol care exclude participarea ei ulterioară în aceeași calitate în procedura dată, cu excepția cazurilor în care expertiza se efectuează repetat în legătură cu apariția îndoielilor în privința veridicității concluziilor din raport.

(3) Recuzarea expertului se soluționează de organul de urmărire penală sau de instanță și hotărârea asupra acestei chestiuni nu este susceptibilă de a fi atacată.

**PARLAMENTUL
REPUBLICII MOLDOVA**



**ПАРЛАМЕНТ
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА**

L E G E

privind sănătatea mentală

[Denumirea în redacția Legii nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Nr.1402-XIII din 16.12.97

Monitorul Oficial al R.Moldova nr.44-46/310 din 21.05.1998

* * *

C U P R I N S

Capitolul I DISPOZIȚII GENERALE

Articolul 1. Noțiuni principale

1.">Articolul 1¹. Asistența psihiatrică, socială și juridică

Articolul 2. Legislația privind asistența psihiatrică

Articolul 3. Acțiunea prezentei legi

Articolul 4. Liberul consimțământ la solicitarea asistenței psihiatrice

Articolul 5. Drepturile persoanelor suferinde de tulburări psihice

1.">Articolul 5¹. Protecția minorilor

Articolul 6. Limitarea practicării unor activități profesionale și a activităților cu pericol sporit

Articolul 7. Reprezentarea persoanei cărei se acordă asistență psihiatrică

Articolul 8. Interzicerea solicitării de informații privind starea sănătății mentale

Articolul 9. Păstrarea secretului medical

Articolul 10. Diagnosticul și tratarea

Articolul 11. Acceptarea tratamentului

Articolul 12. Refuzul tratamentului

Articolul 13. Măsuri medicale prin constrângere

Articolul 14. Expertiza psihiatrică legală

Articolul 15. Examenul psihiatric de constatare a aptitudinii pentru serviciu militar și serviciu în organele și instituțiile securității statului, ale afacerilor interne, în alte formațiuni paramilitare și speciale

Capitolul II ASIGURAREA ASISTENȚEI PSIHIATRICE ȘI PROTECȚIA SOCIALĂ

Articolul 16. Tipurile de asistență garantată de stat

Articolul 17. Finanțarea asistenței psihiatrice

Capitolul III

INSTITUȚIILE ȘI PERSOANELE CARE ACORDĂ ASISTENȚĂ PSIHIATRICĂ. DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE PERSONALULUI MEDICAL ȘI ALE ALTOR SPECIALIȘTI

Articolul 18. Instituțiile și persoanele care acordă asistență psihiatrică

Articolul 19. Dreptul la activitatea medicală de acordare a asistenței psihiatrice

Articolul 20. Drepturile și obligațiile profesionale ale personalului medical și ale altor specialiști care acordă asistență psihiatrică

Articolul 21. Independența medicului psihiatru în acordarea de asistență psihiatrică

Capitolul IV

TIPURILE DE ASISTENȚĂ PSIHIATRICĂ ȘI MODUL DE ACORDARE A EI

Articolul 22. Examenul psihiatric

Articolul 23. Excluz

Articolul 24. Cererea și decizia privind efectuarea examenului psihiatric fără liberul consimțământ al persoanei sau al reprezentantului ei legal

Articolul 25. Tipurile de asistență psihiatrică ambulatorie

Articolul 26. Supravegherea prin dispensarizare

Articolul 27. Temeiurile pentru spitalizare în staționarul de psihiatrie

Articolul 28. Temeiurile pentru spitalizare fără liberul consimțământ

Articolul 29. Măsurile de asigurare a securității la acordarea de asistență psihiatrică

Articolul 30. Examinarea minorilor și a persoanelor declarate incapabile spitalizate în staționarul de psihiatrie la cererea sau cu consimțământul reprezentanților lor legali

Articolul 31. Examinarea persoanelor spitalizate în staționarul de psihiatrie fără liberul lor consimțământ

Articolul 32. Adresarea în instanță judecătorească în cazul spitalizării fără liberul consimțământ

Articolul 33. Examinarea cererii de spitalizare fără liberul consimțământ

Articolul 34. Hotărîrea asupra cererii de spitalizare fără liberul consimțământ

Articolul 35. Prolungirea spitalizării fără liberul consimțământ

Articolul 36. Drepturile și obligațiile pacienților din staționarele de psihiatrie

Articolul 37. Serviciul de apărare a drepturilor pacienților din staționarele de psihiatrie

Articolul 38. Obligațiile administrației staționarului de psihiatrie și ale personalului medical

Articolul 39. Ieșirea din staționarul de psihiatrie

Articolul 40. Temeiurile și procedura internării în instituțiile psihoneurologice

Articolul 41. Temeiurile și procedura internării minorilor în instituțiile psihoneurologice

Articolul 42. Drepturile persoanei internate în instituție psihoneurologică și obligațiile administrației acesteia

Articolul 43. Transferarea și ieșirea din instituțiile psihoneurologice

Capitolul V

SUPRAVEGHEREA ȘI CONTROLUL ASUPRA ACTIVITĂȚII DE ACORDARE A ASISTENȚEI PSIHIATRICE

Articolul 44. Supravegherea și controlul asupra activității de acordare a asistenței psihiatrice

Articolul 45. Controlul asociațiilor obștești asupra respectării drepturilor și intereselor legitime ale persoanelor la acordarea de asistență psihiatrică

Capitolul VI

CONTESTAREA ACȚIUNILOR DE ACORDARE A ASISTENȚEI PSIHIATRICE

Articolul 46. Procedura și termenele contestării

Articolul 47. Examinarea reclamației în instanță judecătorească

Articolul 48. Examinarea reclamației în organul ierarhic superior de persoana oficială ierarhic superioară)

Articolul 49. Răspunderea pentru încălcarea prezentei legi

Capitolul VII

DISPOZIȚII FINALE ȘI TRANZITORII

Articolul 50. Intrarea în vigoare a prezentei legi

Articolul 51. Dispoziții tranzitorii

Notă: În textul legii, cuvintele "sănătate psihică" se înlocuiesc cu cuvintele "sănătate mentală" conform Legii nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008

Parlamentul adoptă prezenta lege.

Capitolul I DISPOZIȚII GENERALE

Articolul 1. Noțiuni principale

În sensul prezentei legi, se definesc următoarele noțiuni principale:

persoană suferindă de tulburări psihice – persoană care suferă de o maladie psihică, persoană cu dezechilibru psihic sau insuficient dezvoltată psihic ori dependentă de alcool sau de droguri, precum și persoană care manifestă alte dereglări ce pot fi clasificate, conform normelor de diagnostic în vigoare în practica medicală, ca tulburări psihice;

persoană suferindă de tulburări psihice grave – persoană cu tulburări psihice care nu este în stare să înțeleagă semnificația și consecințele comportamentului său și care necesită ajutor psihiatric imediat;

pacient – persoană cu tulburări psihice aflată în îngrijirea unui serviciu medical;

echipă terapeutică multidisciplinară – totalitatea profesioniștilor din domeniul sănătății mentale, cum sînt: medicul, inclusiv medicul psihiatru, psihologul, asistentul medical specializat, asistentul social, ergoterapeutul și alt personal paramedical, implicați în asigurarea sănătății mentale, în acordarea asistenței medicale, în îngrijirea persoanelor suferinde de tulburări psihice;

personal paramedical – membri ai echipei terapeutice multidisciplinare, alții decît medicul și asistentul medical;

servicii de bază – servicii de îngrijire medicală;

servicii complementare – servicii care asigură următoarele îngrijiri de sănătate mentală și psihiatrice: consiliere psihologică, orientare profesională, psihoterapie, alte proceduri medico-psihosociale;

servicii comunitare – sistem de îngrijiri destinat unei anumite categorii de populație și bazat pe un serviciu integrat de sănătate mentală, care include facilități ambulatorii, centre de criză și staționare de zi cu facilități rezidențiale, asistență mobilă la domiciliu, ateliere protejate și unități cu paturi în spitale de profil general și care, prin lucrul în echipe terapeutice multidisciplinare, asigură diagnosticul precoce, tratamentul prompt, continuitatea îngrijirilor medicale, sprijinul social și o strînsă legătură cu alte servicii medicale și sociale comunitare, în special cu medicii de familie;

capacitate psihică – atribut al stării psihice de a fi compatibilă cu exercitarea drepturilor civile sau a unor activități specifice;

consimțămînt – acord al persoanei suferinde de tulburări psihice de a fi supusă unor proceduri de internare, diagnostic și tratament, ce trebuie să fie liber de orice constrîngere și precedat de o informare completă, într-un limbaj accesibil, din care să rezulte avantajele, dezavantajele și alternativele procedurilor respective, precum și să fie reconfirmat, ulterior, ori de cîte ori va fi nevoie sau la inițiativa persoanei în cauză;

discernămînt – componentă a capacității psihice care se referă la o faptă anume și din care decurge posibilitatea persoanei respective de a aprecia conținutul și consecințele acestei fapte;

pericol social – atribut al stării psihice a bolnavului sau comportament ce implică pericolul unei vătămări fizice pentru sine sau pentru alte persoane ori pericolul unor distrugereri de bunuri materiale;

reprezentant legal – persoană desemnată, conform legislației în vigoare, pentru a reprezenta interesele unei persoane suferinde de tulburări psihice;

reprezentant personal – persoană, alta decât reprezentantul legal, care acceptă să reprezinte interesele și necesitățile unei persoane suferinde de tulburări psihice cu consimțământul acesteia;

internare voluntară – internare la cererea sau cu consimțământul pacientului;

internare nevoluntară – internare împotriva voinței sau fără consimțământul pacientului;

supraveghere prin dispensarizare – evidență ambulatorie a bolnavilor în scop profilactic și curativ, efectuată de instituțiile medico-sanitare publice;

cabinet psihiatric – serviciu, separat ori în componența centrului comunitar de sănătate mentală, ce oferă consultanță medicală a medicului psihiatru, prescrie tratament și efectuează supravegherea prin dispensarizare;

terapie și consiliere psihologică – asistență acordată de către psiholog, care constă în diagnosticarea dereglărilor psihologice, prescrierea, corijarea tratamentului și oferirea posibilelor soluții;

serviciu psihoterapeutic – serviciu, separat ori în componența centrului comunitar de sănătate mentală, ce oferă diverse metode de psihoterapie individuală și de grup aplicate de specialiști cu studii medicale și/sau psihologice. Psihoterapia este o acțiune psihologică sistematică, planificată și intențională, care are la bază un sistem teoretic conceptual și este exercitată de către psihoterapeut;

serviciu de logopedie – serviciu, separat ori în componența centrului comunitar de sănătate mentală, ce oferă diverse metode de înlăturare a defectelor de vorbire, aplicate de specialiști cu studii superioare în domeniul defectologiei și/sau psihopedagogiei;

serviciu de kinetoterapie – serviciu, separat ori în componența centrului comunitar de sănătate mentală, ce oferă diversă asistență în caz de disabilități motorii, acordată de specialiști cu studii superioare în domeniul reabilitării și/sau fizioterapiei;

centru de criză – serviciu, separat ori în componența centrului comunitar de sănătate mentală, ce oferă diversă asistență în caz de urgență psihiatrică (depresie, dereglări acute de stres, tulburări anxioase și fobii, atacuri de panică, tentative suicidare etc.);

staționar de zi – serviciu, separat ori în componența centrului comunitar de sănătate mentală, ce oferă diversă asistență medicală, inclusiv de psihoterapie, precum și de reabilitare, acordată în timp de zi;

instituție de plasament temporar – serviciu comunitar de sănătate mentală, separat ori în componența centrului comunitar de sănătate mentală, ce oferă non-stop asistență, inclusiv locativă, în perioade dificile pentru bolnavi și pentru familiile lor (concedii medicale, vacanțe, situații conflictuale etc.);

centru de ergoterapie – serviciu de reabilitare a deficienței sociale și profesionale a persoanelor cu probleme de sănătate mentală, cu implicarea în anumite activități pedagogico-ludice, recreative, ocupaționale, pentru prevenirea marginalizării și pentru reintegrarea socială și profesională a persoanelor în cauză;

atelier protejat – centru profesional de producție pentru persoane suferinde de tulburări psihice, destinat creării de valori într-un anumit domeniu (croitorie, lemnărit, colaj, artizanat etc.);

locuință protejată – serviciu comunitar de sănătate mentală ce acordă asistență locativă prin oferirea de apartamente sociale, temporare sau permanente, asistate periodic de specialiști în domeniu, persoanelor suferinde de tulburări psihice pentru a le asigura acestora condiții de existență și autonomie socială;

echipă mobilă – serviciu comunitar de sănătate mentală ce asigură continuitatea tratamentului prin acordarea asistenței medico-sociale la domiciliu;

ergoterapie – tehnică medicală care contribuie la reabilitarea socioprofesională a persoanei suferinde de tulburări psihice, oferind terapie prin muncă adaptată, reprofesionalizare, activitate profesională protejată.

[Art.1 în redacția Legii nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

1">Articolul 1¹. Asistența psihiatrică, socială și juridică

(1) Asistența psihiatrică include prevenirea tulburărilor psihice și promovarea sănătății mentale, examinarea și diagnosticul, tratamentul, reabilitarea și protecția medico-socială a persoanelor suferinde de tulburări psihice, activități ce se efectuează în conformitate cu prevederile prezentei legi și ale altor acte legislative.

(2) Statul garantează persoanelor suferinde de tulburări psihice asistență socială și juridică în corespundere cu legislația în vigoare.

[Art.1¹ introdus prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 2. Legislația privind asistența psihiatrică

(1) Legislația privind asistența psihiatrică cuprinde prezenta lege și alte acte legislative.

(2) Actele legislative și alte acte juridice nu pot limita drepturile cetățenilor și garanțiile de respectare a lor, prevăzute de prezenta lege, la acordarea de asistență psihiatrică.

(3) Dacă acordul internațional la care Republica Moldova este parte stabilește alte reguli decât cele prevăzute de legislația Republicii Moldova privind asistența psihiatrică, se aplică regulile acordului internațional.

Articolul 3. Acțiunea prezentei legi

(1) Sub incidența prezentei legi cad cetățenii Republicii Moldova care primesc asistență psihiatrică, precum și persoanele juridice și fizice care acordă o astfel de asistență.

(2) Cetățenii străini și apatrizii beneficiază, în cazul în care li se acordă asistență psihiatrică, de toate drepturile stabilite prin prezenta lege, ca și cetățenii Republicii Moldova.

[Art.3 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 4. Liberul consimțământ la solicitarea asistenței psihiatrice

(1) Se acordă asistență psihiatrică la solicitarea benevolă a persoanei sau cu consimțământul ei, cu excepția cazurilor prevăzute de prezenta lege.

(2) Persoanelor în vîrstă de pînă la 18 ani (în cele ce urmează minori), precum și persoanelor declarate, în modul stabilit de lege, incapabile li se acordă asistență psihiatrică la cererea sau cu consimțământul reprezentanților lor legali, în condițiile prezentei legi.

Articolul 5. Drepturile persoanelor suferinde de tulburări psihice

(1) Persoanele suferinde de tulburări psihice beneficiază de toate drepturile și libertățile cetățenilor prevăzute de Constituție și de alte legi. Limitarea drepturilor și libertăților din cauza tulburărilor psihice se face numai în cazurile prevăzute de prezenta lege și de alte acte normative.

(2) În cazul acordării de asistență psihiatrică, persoana suferindă de tulburări psihice are dreptul:

a) la atitudine umană și cuviincioasă, care să excludă jignirea demnității umane și discriminarea după criteriul de sex;

b) la informații privind drepturile sale, caracterul tulburărilor psihice și metodele de tratament, expuse într-o formă accesibilă lui, ținîndu-se cont de starea lui psihică;

c) să fie spitalizat în staționarul de psihiatrie numai pentru durata examenului medical și a tratamentului;

d) la toate tipurile de tratament (inclusiv balneo-sanatorial) conform indicațiilor terapeutice;

e) la asistență psihiatrică în condiții conforme normelor de igienă și sanitarie;

f) să accepte în prealabil, în formă scrisă, în modul stabilit de lege, folosirea sa ca obiect al experimentelor medicale, al cercetărilor științifice sau al procesului didactic, fotografierea, filmarea, videoimprimarea sa și să renunțe oricînd la aceste acțiuni;

g) să solicite invitarea oricărui specialist, cu consimțământul acestuia, care să participe la acordarea de asistență psihiatrică sau să conlucreze în comisia medicală pentru problemele reglementate de prezenta lege;

h) la asistența avocatului, inclusiv din oficiu, a reprezentantului legal sau a unei alte persoane, în modul stabilit de lege;

i) la o intimitate adecvată în structurile de sănătate mentală, inclusiv la facilități de somn, astfel încât femeile să doarmă separat de bărbați.

(3) Nu se admite limitarea drepturilor și libertăților persoanelor suferinde de tulburări psihice numai în baza diagnosticului psihiatric, cazurilor de supraveghere prin dispensarizare, a faptului că se află ori s-au aflat în staționarul de psihiatrie sau în o instituție psihoneurologică (internat psihoneurologic, școală specializată, instituție rezidențială sau instituție de plasament temporar etc.). Factorii de decizie vinovați de atare încălcări poartă răspundere în conformitate cu legislația.

[Art.5 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 5¹. Protecția minorilor

(1) Minorii suferinzi de tulburări psihice beneficiază de toate drepturile și libertățile cetățenilor prevăzute de legislație. Plasarea minorilor în instituțiile de sănătate mentală prevede beneficierea de arii habituale separate de adulți și de un mediu asigurat, adaptat vârstei minorilor și necesităților de dezvoltare ale acestora.

(2) Fiecare minor plasat în o instituție de sănătate mentală trebuie să aibă un reprezentant legal care să-i exprime interesele, inclusiv consimțământul la tratament. În relațiile cu instituția medicală și cu lucrătorii medicali, precum și cu alte persoane fizice și juridice, minorul este reprezentat de un adult în condițiile legii. La acordarea asistenței medicale se va ține cont de voința minorului în măsura adecvată capacității lui de înțelegere.

(3) Minorul suferind de tulburări psihice nu poate fi supus experimentelor, terapiei electroconvulsive, cercetărilor științifice sau didactice, fotografierii, filmării, videoimprimării și oricărui tratament ireversibil (psihochirurgical) fără consimțământul lui sau al reprezentantului lui legal.

[Art.5¹ introdus prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 6. Limitarea practicării unor activități profesionale și a activităților cu pericol sporit

(1) În caz de tulburări psihice, persoana poate fi declarată pe un termen de cel mult 5 ani, cu dreptul de reexaminare ulterioară, incapabilă a desfășura anumite activități profesionale și activități cu pericol sporit. Hotărîrea restrictivă este emisă de o comisie medicală, împuternicită de organul de ocrotire a sănătății, în temeiul concluziei asupra sănătății mentale a persoanei, și poate fi contestată în instanța judecătorească. Dacă, pînă la expirarea termenului de 5 ani, persoana nu este reexaminată de un consiliu (o comisie) de expertiză medicală a vitalității, ea devine, în mod automat, capabilă să desfășoare activitățile menționate.

[Art.6 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 7. Reprezentarea persoanei cărei se acordă asistență psihiatrică

(1) Persoana cărei se acordă asistență psihiatrică are dreptul să aleagă un reprezentant pentru a-i apăra drepturile și interesele legitime. Legalizarea reprezentării se face în modul stabilit de lege.

(2) Apărarea drepturilor și intereselor legitime ale minorului și ale persoanei declarate, în modul stabilit de lege, incapabilă o exercită, în cazul acordării de asistență psihiatrică, reprezentanții lor legali (părinți, înfietori, tutori), iar dacă aceștia lipsesc, organul de tutelă și curatelă.

(3) Apărarea drepturilor și intereselor legitime ale persoanei cărei se acordă asistență psihiatrică poate să o exercite avocatul. Invitarea avocatului și remunerarea lui se efectuează în conformitate cu legislația în vigoare. Administrația instituției care acordă asistență psihiatrică asigură posibilitatea invitării avocatului, cu excepția cazului prevăzut și la art.28 lit.a).

[Art.7 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 8. Interzicerea solicitării de informații privind starea sănătății mentale

Solicitarea de informații privind starea sănătății mentale a persoanei care exercită drepturile și libertățile sale sau solicitarea examinării ei de către medicul psihiatru se admite numai în cazurile stabilite de lege.

Articolul 9. Păstrarea secretului medical

Informațiile despre tulburările psihice, despre solicitarea de asistență psihiatrică și tratament într-o instituție de psihiatrie, precum și alte informații despre starea sănătății mentale a persoanei constituie secret medical apărut de lege. Pentru exercitarea drepturilor și intereselor sale legitime, persoana suferindă de tulburări psihice sau reprezentantul ei legal poate primi la cerere informații despre starea sănătății mentale și despre asistența psihiatrică acordată.

Articolul 10. Diagnosticul și tratarea

(1) Diagnosticul tulburărilor psihice se stabilește conform standardelor naționale și internaționale unanim recunoscute și nu poate să se bazeze numai pe faptul că persoana respinge valorile morale, culturale, politice, religioase acceptate de societate sau pe alți factori ce nu vizează direct sănătatea ei mentală.

(2) Pentru stabilirea diagnosticului și tratarea persoanei suferinde de tulburări psihice, se aplică mijloacele și metodele medicale aprobate în modul stabilit de legislația privind ocrotirea sănătății.

(3) Mijloacele și metodele medicale se aplică numai în scopuri diagnostice și terapeutice și nu ca pedeapsă sau în interesul unor alte persoane.

[Art.10 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 11. Acceptarea tratamentului

(1) Tratamentul persoanelor suferinde de tulburări psihice se efectuează cu liberul lor consimțământ scris, excepție făcând cazurile prevăzute la alin.(4).

(2) Medicul, ținând seama de starea psihică a pacientului, este obligat să-i pună la dispoziție, într-o formă accesibilă, informații despre caracterul tulburării psihice, despre scopul, metodele, inclusiv cele alternative, despre durata tratamentului, senzațiile dureroase, riscul posibil, efectele secundare și rezultatele scontate. Informațiile furnizate se consemnează în documentația medicală.

(3) Consimțământul pentru tratarea minorilor, precum și a persoanelor declarate, în modul stabilit de lege, incapabile, îl dau reprezentanții lor legali după ce li s-au comunicat informațiile prevăzute la alin.(2).

(4) Tratamentul poate fi efectuat fără liberul consimțământ al persoanei suferinde de tulburări psihice sau al reprezentantului ei legal numai în cazul aplicării unor măsuri medicale coercitive, în conformitate cu prevederile Codului penal, precum și în cazul spitalizării fără liberul consimțământ în conformitate cu art.28. În astfel de cazuri, cu excepția celor de urgență, tratamentul se aplică în temeiul hotărârii comisiei de medici psihiatri.

(5) Este inadmisibilă tratarea tulburărilor psihice ale persoanelor specificate la alin.(4) prin metode chirurgicale și de altă natură ce au urmări ireversibile, precum și aplicarea a noi medicamente, fundamentate științific, dar neadmise încă spre utilizare în masă.

Articolul 12. Refuzul tratamentului

(1) Persoana suferindă de o tulburare psihică sau reprezentantul ei legal are dreptul să refuze tratamentul propus sau să-l întrerupă, cu excepția cazurilor prevăzute la art.11 alin.(4).

(2) Persoana care refuză sau întrerupe tratamentul ori reprezentantul ei legal trebuie să primească lămuriri asupra posibilelor consecințe. Refuzul tratamentului sau întreruperea lui, informațiile oferite asupra eventualelor consecințe se consemnează în documentația medicală și se semnează de către pacient sau de reprezentantul lui legal și de medicul psihiatru.

[Art.12 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 13. Măsuri medicale prin constrângere

(1) Persoanei suferinde de tulburări psihice care a săvârșit acțiuni periculoase pentru societate se aplică măsuri medicale coercitive în baza hotărârii judecătorești, potrivit temeiurilor și în modul stabilit de Codul penal și Codul de procedură penală.

(2) Măsurile medicale coercitive se aplică în instituțiile de psihiatrie ale organelor de ocrotire a sănătății. Persoana spitalizată în staționarul de psihiatrie în temeiul hotărârii judecătorești privind aplicarea de măsuri medicale coercitive beneficiază de drepturile prevăzute la art.36. Ea poate fi declarată inaptă pentru muncă pe întreaga perioadă de spitalizare și are dreptul la protecție socială în conformitate cu legislația.

[Art.13 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 14. Expertiza psihiatrică legală

Expertiza psihiatrică legală în acțiunile de judecată se efectuează în temeiul și în modul prevăzute de legislația în vigoare.

[Art.14 în redacția Legii nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 15. Examenul psihiatric de constatare a aptitudinii pentru serviciu militar și serviciu în organele și instituțiile securității statului, ale afacerilor interne, în alte formațiuni paramilitare și speciale

Temeiurile și procedura examenului ambulatoriu și staționar de constatare a aptitudinii, ca sănătate mentală, pentru serviciu militar și serviciu în organele și instituțiile securității statului, ale afacerilor interne, în alte formațiuni paramilitare și speciale se stabilesc de prezenta lege și de alte acte legislative.

Capitolul II

ASIGURAREA ASISTENȚEI PSIHIATRICE ȘI PROTECȚIA SOCIALĂ

Articolul 16. Tipurile de asistență garantată de stat

(1) Tipurile de asistență psihiatrică garantată de stat:

- a) asistență psihiatrică de urgență;
- b) asistență consultativă, terapeutică, psihoprofilactică, de reabilitare în condiții extraspitalicești și de staționar;
- c) toate tipurile de expertiză psihiatrică, constatarea incapacității temporare de muncă;
- d) asistență psihiatrică în caz de calamitate naturală și de catastrofă;
- e) asistență comunitară în domeniul sănătății mentale.

(2) Tipurile de asistență socială garantată de stat:

- a) consultanță și suport la plasarea în câmpul muncii;
- b) consultanță și suport la instituirea tutelei;
- c) protecția socială a invalizilor și bătrânilor suferinzi de tulburări psihice, îngrijirea lor în condițiile legii;
- d) instruirea invalizilor și minorilor suferinzi de tulburări psihice în vederea obținerii abilităților de autodeservire, de viață în comunitate, de încadrare în câmpul muncii.

(3) Tipuri de asistență specializată garantată de stat:

- a) acordarea de consultații în probleme de drept și alte tipuri de asistență juridică în instituțiile de psihiatrie și de psihoneurologie;
- b) stabilirea pentru unități a cotelor obligatorii de locuri pentru plasarea în câmpul muncii a persoanelor suferinde de tulburări psihice;
- c) aplicarea metodelor de stimulare economică a unităților de stat și private care oferă locuri de muncă persoanelor suferinde de tulburări psihice.

(4) Pentru asigurarea persoanelor suferinde de tulburări psihice cu asistență psihiatrică și pentru protecția lor socială, statul:

- a) organizează instruirea generală și profesională a minorilor suferinzi de tulburări psihice;
- b) creează întreprinderi curative de producție sub formă de ateliere, secții și sectoare speciale, cu condiții de muncă favorabile pentru terapie prin muncă, pentru însușirea de profesii și încadrarea în muncă la aceste întreprinderi inclusiv a invalizilor suferinzi de tulburări psihice. La realizarea producției proprii, aceste ateliere, secții, sectoare se scutesc de plata taxei pe valoarea adăugată conform legislației în vigoare;

- c) dezvoltă servicii sociale integrate pentru persoanele suferinde de tulburări psihice;
- d) creează instituții care acordă asistență de sănătate mentală extraspitalicească, inclusiv la domiciliu;
- e) întreprinde măsuri de altă natură pentru oferirea de sprijin social persoanelor suferinde de tulburări psihice.

(5) Toate tipurile de asistență psihiatrică și de protecție socială a persoanelor suferinde de tulburări psihice sînt asigurate de organele centrale de specialitate ale administrației publice centrale și autoritățile administrației publice locale, conform competențelor stabilite prin lege, cu participarea societății civile (asociații ale bolnavilor, rudelor etc.).

(6) Asociațiile obștești pot participa, conform legislației în vigoare, la completarea asistenței psihiatrice, juridice, sociale etc., acordate de către stat.

[Art.16 în redacția Legii nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 17. Finanțarea asistenței psihiatrice

Finanțarea activității instituțiilor și a persoanelor care acordă asistență psihiatrică, în proporții care să asigure nivelul garantat și calitatea înaltă a acestei asistențe, se efectuează din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor medicale prestate în cadrul Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul respectiv, mijloacelor obținute din prestarea serviciilor cu plată neincluse în Programul unic, altor surse obținute în corespundere cu legislația în vigoare (granturi, sponsorizări, donații etc.), mijloacelor bugetului de stat, în corespundere cu legea bugetului de stat pe anul respectiv.

[Art.17 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Capitolul III

INSTITUȚIILE ȘI PERSOANELE CARE ACORDĂ ASISTENȚĂ PSIHIATRICĂ. DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE PERSONALULUI MEDICAL ȘI ALE ALTOR SPECIALIȘTI

Articolul 18. Instituțiile și persoanele care acordă asistență psihiatrică

(1) Asistența psihiatrică este acordată de instituțiile de psihiatrie și psihoneurologie de stat, nestatale, precum și de medicii psihiatri care practică medicină particulară pe bază de licență. Modul de eliberare a licențelor pentru acordarea de asistență psihiatrică este stabilit de lege.

(2) Tipurile de asistență psihiatrică acordate de instituțiile de psihiatrie și psihoneurologie, precum și de medicii psihiatri care practică medicină particulară, sînt indicate în documentele statutare și în licențe. Informația despre ele trebuie să fie accesibilă solicitanților.

(3) Asistența specializată de sănătate mentală se realizează prin intermediul:

- a) centrelor comunitare de sănătate mentală;
- b) cabinetelor psihiatrice, de terapie și consiliere psihologică, serviciilor psihoterapeutice, de logopedie, de kinetoterapie;
- c) centrelor de criză;
- d) spitalelor de psihiatrie;
- e) staționarelor de zi și instituțiilor de plasament temporar;
- f) secțiilor de psihiatrie din spitalele de profil general;
- g) centrelor de ergoterapie;
- h) atelierelor și locuințelor protejate;
- i) echipelor mobile.

[Art.18 completat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 19. Dreptul la activitatea medicală de acordare a asistenței psihiatrice

(1) Dreptul la activitatea medicală de acordare a asistenței psihiatrice îl are medicul psihiatru cu studii medicale superioare care și-a confirmat calificarea în modul stabilit de lege.

(2) Personalul medical și alți specialiști care acordă asistență psihiatrică trebuie să fie pregătiți special, în modul stabilit, și să-și confirme calificarea pentru a fi admiși să lucreze cu persoane suferinde de tulburări psihice.

(3) Activitatea medicală de acordare a asistenței psihiatrice se desfășoară pe principiile eticii profesionale și în conformitate cu legea.

Articolul 20. Drepturile și obligațiile profesionale ale personalului medical și ale altor specialiști care acordă asistență psihiatrică

(1) Drepturile și obligațiile profesionale ale personalului medical și ale altor specialiști care acordă asistență psihiatrică sînt stabilite de prezenta lege și de alte acte legislative cu privire la ocrotirea sănătății.

(2) Stabilirea diagnosticului afecțiunii psihice și recomandarea tratamentului țin de competența exclusivă a medicului psihiatru sau a comisiei de medici psihiatri.

(2¹) Decizia privind aplicarea măsurilor medicale prin constrîngere este de competența instanței de judecată și se adoptă ținîndu-se cont de opinia comisiei de medici psihiatri.

(3) Avizul medicului de o altă specialitate privind starea sănătății mentale a persoanei are un caracter preliminar și nu poate servi temei pentru rezolvarea problemei limitării drepturilor și intereselor ei legitime și nici pentru acordarea de înlesniri prevăzute de lege pentru persoanele suferinde de tulburări psihice.

[Art.20 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 21. Independența medicului psihiatru în acordarea de asistență psihiatrică

(1) La acordarea de asistență psihiatrică, medicul psihiatru este independent în luarea de decizii, călăuzindu-se numai de indicațiile terapeutice, de datoria sa de medic și de lege, ținînd cont de solicitările pacientului, în măsura adecvată capacității lui de înțelegere.

(2) Medicul psihiatru a cărui opinie nu coincide cu hotărîrea comisiei medicale are dreptul să dea un aviz separat, care se anexează la documentația medicală.

[Art.21 completat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Capitolul IV

TIPURILE DE ASISTENȚĂ PSIHIATRICĂ ȘI MODUL DE ACORDARE A EI

Articolul 22. Examenul psihiatric

(1) Prin examen psihiatric se constată existența de tulburări psihice, necesitatea acordării de asistență psihiatrică și tipul acesteia.

(2) Examenul psihiatric, precum și cel profilactic, se efectuează la cererea sau cu consimțămîntul persoanei. Examenul psihiatric și cel profilactic al minorului se face la cererea sau cu consimțămîntul părinților ori al altui reprezentant legal al lui. Examenul psihiatric și cel profilactic al persoanei declarate, în modul stabilit de lege, incapabilă se face la cererea sau cu consimțămîntul reprezentantului ei legal. La efectuarea examenului psihiatric se va ține cont, în toate cazurile, de voința persoanei, inclusiv în cazul în care persoana este minoră sau incapabilă, în măsura adecvată capacității ei de înțelegere.

(3) Medicul care efectuează examenul psihiatric este obligat să se prezinte ca psihiatru persoanei și reprezentantului ei legal, cu excepția cazurilor prevăzute la alin.(4) lit. a).

(4) Examenul psihiatric poate fi efectuat fără consimțămîntul persoanei sau al reprezentantului ei legal în cazul în care aceasta săvîrșește acțiuni ce servesc drept temei pentru presupunerea unor tulburări psihice grave, care condiționează:

a) pericolul nemijlocit pentru sine sau pentru cei din jur;

[Lit.b) exclusă prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

c) prejudiciul grav sănătății sale dacă nu i se va acorda asistență psihiatrică.

(4¹) În cazul prevăzut la alin.(4) lit.c), medicul psihiatru, în temeiul hotărârii judecătorești, decide efectuarea examenului psihiatric fără consimțământul persoanei sau al reprezentantului ei legal.

(5) Examenul psihiatric poate fi efectuat fără consimțământul persoanei sau al reprezentantului ei legal dacă aceasta este supravegheată prin dispensarizare conform art.26 alin.(1).

(6) Datele examenului psihiatric și avizul privind sănătatea mentală se înscriu în documentația medicală, în care se consemnează, de asemenea, cauzele solicitării asistenței medicale psihiatrice și indicațiile terapeutice, cu excepția cazului specificat la alin.(7).

(7) La solicitarea unui examen psihiatric anonim, cu excepția cazurilor prevăzute la alin.(4), se întocmește o documentație medicală specială cifrată.

[Art.22 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

[Art.23 exclus prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 24. Cererea și decizia privind efectuarea examenului psihiatric fără liberul consimțământ al persoanei sau al reprezentantului ei legal

(1) Decizia privind efectuarea examenului psihiatric fără liberul consimțământ al persoanei sau al reprezentantului ei legal, cu excepția cazurilor prevăzute la art.22 alin.(5), o ia medicul psihiatru.

(2) Cererea privind efectuarea examenului psihiatric poate fi depusă de rudele persoanei, de orice medic, de factori de decizie (organul abilitat al administrației publice locale, procuratură, poliție, serviciul de pompieri).

(3) Motivarea solicitării examenului psihiatric fără liberul consimțământ se autentifică prin semnăturile persoanelor menționate la alin.(2), cu specificarea propriilor date de identitate, cu descrierea circumstanțelor care au condus la solicitarea unui astfel de examen, cu specificarea datelor de identitate ale persoanei în cauză și a antecedentelor medicale cunoscute.

(4) În cazul inexistenței unui pericol nemijlocit pentru sine sau pentru cei din jur, cererea scrisă de efectuare a examenului psihiatric trebuie să conțină date amănunțite care să argumenteze necesitatea unui astfel de examen, precum și dovezi că persoana sau reprezentantul ei legal refuză asistența medicului psihiatru. Medicul psihiatru are dreptul să ceară date suplimentare pentru luarea deciziei. Constatând că în cerere lipsesc date care ar confirma existența circumstanțelor prevăzute la art.22 alin.(4) lit.c), medicul psihiatru motivează în scris refuzul de a efectua examenul psihiatric.

(5) Constatând că cererea de efectuare a examenului psihiatric fără liberul consimțământ al persoanei sau al reprezentantului ei legal este întemeiată, medicul psihiatru înaintează instanței judecătorești în a cărei rază se află staționarul medical un aviz scris în care motivează necesitatea unui astfel de examen, cererea de efectuare a examenului psihiatric și alte materiale. În termen de 3 zile de la data primirii cererii corespunzătoare, instanța judecătorească decide asupra efectuării examenului psihiatric. Hotărârea judecătorului poate fi contestată în instanța judecătorească în modul stabilit de Codul de procedură civilă.

[Art.24 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 25. Tipurile de asistență psihiatrică ambulatorie

(1) Asistența psihiatrică ambulatorie se acordă, în funcție de indicațiile terapeutice, sub formă de asistență curativă consultativă de supraveghere prin dispensarizare, de psihoterapie sau ergoterapie.

(2) Asistența curativă consultativă o acordă medicul psihiatru cu liberul consimțământ al persoanei, la cererea sau cu consimțământul părinților sau al altui reprezentant legal al minorului.

(3) Supravegherea prin dispensarizare poate fi stabilită fără liberul consimțământ al persoanei sau al reprezentantului ei legal în cazurile prevăzute la art.26 alin.(1) și presupune supravegherea sănătății mentale prin examene medicale psihiatrice periodice și acordarea de asistență medicală și socială necesară.

[Art.25 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 26. Supravegherea prin dispensarizare

- (1) Supraveghere prin dispensarizare se poate stabili persoanelor suferinde de tulburări psihice cronice și îndelungate cu manifestări morbide grave, constante sau acutizate frecvent.
- (2) Decizia privind supravegherea prin dispensarizare și decizia privind încetarea ei le emite comisia de medici psihiatri numită de administrația instituției de psihiatrie care acordă asistență psihiatrică ambulatorie sau comisia de medici psihiatri numită de organul de ocrotire a sănătății. Decizia privind supravegherea prin dispensarizare se revizuieste cel puțin o dată la 3 ani. La solicitarea pacientului sau a reprezentantului lui legal, decizia în cauză poate fi revizuită o dată la 12 luni calendaristice.
- (3) Decizia motivată a comisiei de medici psihiatri se consemnează în documentația medicală. Decizia privind stabilirea, menținerea sau încetarea supravegherii prin dispensarizare poate fi contestată în modul prevăzut la cap.VI.
- (4) Supravegherea prin dispensarizare încetează odată cu însănătoșirea sau ameliorarea considerabilă și stabilă a stării psihice. După încetarea supravegherii prin dispensarizare, asistența psihiatrică ambulatorie se acordă sub toate formele. Dacă starea psihică se schimbă, persoana suferindă de tulburări psihice poate fi examinată fără liberul ei consimțământ sau al reprezentantului ei legal, potrivit temeiurilor și în modul prevăzut la art.22 alin.(4) și la art.24. În astfel de cazuri, supravegherea prin dispensarizare poate fi reluată prin decizie a comisiei de medici psihiatri.

[Art.26 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 27. Temeiurile pentru spitalizare în staționarul de psihiatrie

- (1) Temei pentru spitalizare în staționarul de psihiatrie pot servi tulburările psihice, decizia medicului psihiatru de efectuare a examenului sau tratamentului în condiții de staționar sau hotărârea judecătorească.
- (2) Drept temei pentru spitalizare în staționarul de psihiatrie poate servi, de asemenea, necesitatea efectuării unei expertize psihiatrice în cazurile și modul prevăzut de lege.
- (3) Spitalizarea în staționarul de psihiatrie, cu excepția cazurilor prevăzute la art.28, se face la cererea sau cu liberul consimțământ al persoanei.
- (4) Minorul poate fi spitalizat în staționarul de psihiatrie la cererea sau cu liberul consimțământ al părinților sau al altui reprezentant legal. Persoana declarată, în modul stabilit de lege, incapabilă este spitalizată la cererea sau cu liberul consimțământ al reprezentantului ei legal. În cazul împotrivirii unuia dintre părinți ori al lipsei părinților sau a altui reprezentant legal, spitalizarea minorului se face conform deciziei organului de tutelă și curatelă, decizie care poate fi contestată în instanță judecătorească.
- (5) Consimțământul pentru spitalizare se consemnează în documentația medicală și se semnează de persoana respectivă sau de reprezentantul ei legal, precum și de medicul psihiatru.

Articolul 28. Temeiurile pentru spitalizare fără liberul consimțământ

Persoana suferindă de tulburări psihice poate fi spitalizată în staționarul de psihiatrie fără liberul ei consimțământ sau al reprezentantului ei legal, pînă la emiterea hotărîrii judecătorești, dacă examinarea sau tratarea ei este posibilă numai în condiții de staționar, iar tulburarea psihică este gravă și condiționează:

- a) pericolul social direct;

[Lit.a) modificată prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

[Lit.b) exclusă prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

- c) prejudiciul grav sănătății sale dacă nu i se va acorda asistență psihiatrică.

Articolul 29. Măsurile de asigurare a securității la acordarea de asistență psihiatrică

- (1) Asistența psihiatrică staționară se acordă în condiții restrictive minime care să asigure securitatea persoanei spitalizate și a altor persoane, respectîndu-se drepturile și interesele ei legitime de către personalul medical.

(2) În cazul spitalizării în staționarul de psihiatrie și aflării în el fără liberul consimțământ al persoanei, măsurile de imobilizare fizică și izolare se aplică, sub controlul permanent al personalului medical, numai în situațiile, în formele și în perioada în care, după părerea medicului psihiatru, nu este posibilă prevenirea prin alte metode a acțiunilor persoanei care prezintă un pericol nemijlocit pentru sine sau pentru cei din jur. Formele și perioada de aplicare a măsurilor de imobilizare fizică sau de izolare se consemnează în documentația medicală.

(3) Colaboratorii poliției sînt obligați să acorde ajutor personalului medical la spitalizarea persoanei fără liberul ei consimțământ și să asigure condiții de securitate pentru acces spre ea și pentru examinarea ei, să ia măsuri în vederea respectării intereselor ei patrimoniale. În cazul necesității prevenirii acțiunilor ce ar periclita viața și sănătatea celor din jur, precum și în cazul necesității de urmărire și reținere a persoanei, colaboratorii poliției acționează conform concluziei medicale orale și scrise și în modul prevăzut de Legea cu privire la poliție.

(4) Pentru protejarea personalului instituțiilor medicale aflat în contact nemijlocit cu persoanele suferinde de tulburări psihice și pentru limitarea influenței negative asupra lui a activității profesionale se prevăd următoarele măsuri:

a) asigurarea de către conducătorii instituțiilor a unui număr suficient de personal conform normativelor în vigoare;

b) stabilirea prin lege a facilităților de odihnă, de salarizare, de asigurare cu pensii etc. pentru lucrătorii din domeniul sănătății mentale;

c) instituirea de către Ministerul Sănătății a unei structuri specializate pentru examinarea plîngerilor împotriva personalului medical și pentru reprezentare, în caz de necesitate, a intereselor personalului instituțiilor de sănătate mentală în acțiunile de judecată.

[Art.29 completat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 30. Examinarea minorilor și a persoanelor declarate incapabile spitalizate în staționarul de psihiatrie la cererea sau cu consimțământul reprezentanților lor legali

(1) Minorul și persoana declarată, în modul stabilit de lege, incapabilă, spitalizați în staționarul de psihiatrie la cererea sau cu consimțământul reprezentanților lor legali, sînt examinați în mod obligatoriu de către comisia de medici psihiatri a staționarului în condițiile art.31 alin.(1). De asemenea, acești pacienți urmează să fie examinați de comisia de medici psihiatri cel puțin o dată în lună pentru a se decide asupra prelungirii spitalizării lor.

(2) În cazul în care comisia de medici psihiatri sau administrația staționarului de psihiatrie constată că reprezentanții legali ai minorului sau ai persoanei declarate, în modul stabilit de lege, incapabilă au comis abuzuri la spitalizare, administrația staționarului de psihiatrie înștiințează organul de tutelă și curatelă de la domiciliul pacientului tutelat sau, după caz, organul de drept.

[Art.30 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 31. Examinarea persoanelor spitalizate în staționarul de psihiatrie fără liberul lor consimțământ

(1) Persoana spitalizată în staționarul de psihiatrie în condițiile art.28 va fi supusă unui examen obligatoriu, în primele 48 de ore, de către comisia de medici psihiatri a staționarului, care va decide asupra temeiniciei spitalizării. În cazul în care spitalizarea este considerată neîntemeiată, persoanei spitalizate trebuie să i se facă imediat formele de ieșire.

(2) Dacă spitalizarea este considerată întemeiată, comisia de medici psihiatri expediază avizul, în 24 de ore, instanței judecătorești în a cărei rază se află staționarul de psihiatrie pentru a hotărî asupra aflării ulterioare în staționar a persoanei.

Articolul 32. Adresarea în instanță judecătorească în cazul spitalizării fără liberul consimțământ

(1) Asupra spitalizării în staționarul de psihiatrie în temeiul art.28, decide instanța judecătorească în a cărei rază se află staționarul.

(2) Cererea de spitalizare în staționarul de psihiatrie fără liberul consimțământ este depusă în instanță judecătorească de reprezentantul staționarului în care se află persoana. La cerere, în care

se indică temeiurile prevăzute de lege pentru spitalizare în staționarul de psihiatrie fără liberul consimțământ, se anexează avizul argumentat al comisiei de medici psihiatri privind necesitatea aflării de mai departe a persoanei în staționar.

(3) La primirea cererii de spitalizare în staționarul de psihiatrie fără liberul consimțământ, judecătorul decide din oficiu asupra aflării persoanei în staționarul de psihiatrie pentru termenul necesar examinării cererii în instanță judecătorească.

[Art.32 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 33. Examinarea cererii de spitalizare fără liberul consimțământ

(1) Cererea de spitalizare în staționarul de psihiatrie fără liberul consimțământ este examinată de judecător în decursul a 3 zile de la primire în instanță judecătorească sau în staționar.

(2) Persoana spitalizată în staționarul de psihiatrie fără liberul ei consimțământ este în drept să participe la examinarea problemei legate de spitalizarea sa. Dacă starea psihică nu permite persoanei să se prezinte în instanță judecătorească, cererea de spitalizare fără liberul consimțământ este examinată de judecător în staționarul de psihiatrie.

(3) La examinarea cererii de spitalizare în staționarul de psihiatrie fără liberul consimțământ, este obligatorie participarea procurorului, a reprezentantului staționarului de psihiatrie care solicită spitalizarea și a reprezentantului legal al persoanei a cărei problemă de spitalizare se examinează sau, după caz, a altor persoane interesate (reprezentantul asociației obștești care apără interesele persoanelor suferinde de tulburări psihice, avocatul).

[Art.33 completat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 34. Hotărîrea asupra cererii de spitalizare fără liberul consimțământ

(1) Examinînd în fond cererea de spitalizare în staționarul de psihiatrie fără liberul consimțământ, judecătorul poate hotărî satisfacerea sau respingerea ei.

(2) Hotărîrea privind satisfacerea cererii de spitalizare în staționarul de psihiatrie fără liberul consimțământ constituie temei pentru spitalizarea și ținerea persoanei în staționar.

(3) În decursul a 15 zile de la pronunțare, hotărîrea judecătorului poate fi atacată de persoana spitalizată în staționarul de psihiatrie, de reprezentantul ei legal, de șeful staționarului de psihiatrie, de procuror sau de alți participanți la proces în modul prevăzut de Codul de procedură civilă.

[Art.34 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 35. Prelungirea spitalizării fără liberul consimțământ

(1) Spitalizarea în staționarul de psihiatrie fără liberul consimțământ va dura numai în perioada de menținere a temeiurilor în care a fost efectuată.

(2) Persoana spitalizată în staționarul de psihiatrie fără liberul ei consimțământ va fi examinată cel puțin o dată în lună de comisia de medici psihiatri a staționarului pentru a se decide asupra prelungirii spitalizării.

(3) La expirarea a 6 luni de la data spitalizării persoanei în staționarul de psihiatrie fără liberul ei consimțământ, administrația acestuia trimite avizul făcut de comisia de medici psihiatri privind necesitatea prelungirii spitalizării către instanța judecătorească în a cărei rază se află staționarul. Judecătorul poate să hotărască asupra prelungirii spitalizării în conformitate cu art.32-34. Hotărîrea privind prelungirea spitalizării se adoptă de către judecător în fiecare an.

[Art.35 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 36. Drepturile și obligațiile pacienților din staționarele de psihiatrie

(1) Pacientului trebuie să i se lămurească în limba sa temeiul și scopul spitalizării sale în staționarul de psihiatrie, drepturile pe care le are și regulile pe care trebuie să le respecte în staționar, consemnînd toate acestea în documentația medicală.

(2) Pacientul spitalizat în staționarul de psihiatrie are dreptul:

- a) să adreseze nemijlocit medicului-șef sau șefului de secție cereri privind tratamentul, examinarea, ieșirea din staționarul de psihiatrie și respectarea drepturilor specificate în prezenta lege;
- b) să prezinte fără cenzură reclamații și cereri avocatului, precum și autorităților publice, procuraturii, instanței judecătorești;
- c) să se întâlnească în doi cu avocatul și cu reprezentantul clerului;
- d) să săvârșească rituri religioase, să respecte canoanele religioase, inclusiv postul, cu acordul administrației să aibă obiecte de cult și literatură religioasă;
- e) să se aboneze la ziare și reviste;
- f) să facă studii după programa școlii de cultură generală sau a școlii speciale pentru copiii cu deficiențe mentale, dacă pacientul este un minor;
- g) să primească recompense pentru muncă, în corespundere cu cantitatea și calitatea acesteia, ca orice cetățean.

(3) Pacientul beneficiază și de următoarele drepturi, care pot fi limitate, la recomandarea medicului curant, a șefului de secție sau a medicului-șef, în interesul sănătății sau securității sale și a altor persoane, cu înscrierea argumentelor în documentația medicală:

- a) să întrețină corespondență fără cenzură;
- b) să primească și să expedieze colete, banderole și mandate poștale;
- c) să se folosească de telefon;
- d) să primească vizitatori;
- e) să posede și să procure obiecte de primă necesitate, să se folosească de propria îmbrăcăminte;
- f) să aibă acces la documentația medicală din staționarul respectiv referitoare la starea propriei sănătăți.

(4) Serviciile cu plată (abonarea individuală la ziare și reviste, serviciile întreprinderilor de telecomunicații etc.) se prestează pe contul pacientului beneficiar.

(5) Pacienții spitalizați capabili să ia decizii în cunoștință de cauză sînt obligați să respecte regulamentul de ordine interioară al staționarului de psihiatrie.

(6) Persoana internată în instituția de profil psihiatric poate fi privată de dreptul de a participa la alegeri numai în baza hotărîrii judecătorești, la propunerea comisiei de medici din instituția respectivă.

[Art.36 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 37. Serviciul de apărare a drepturilor pacienților din staționarele de psihiatrie

(1) Ministerul Sănătății instituie o comisie independentă pentru supravegherea și controlul respectării drepturilor omului, examinarea plîngerilor bolnavilor, inclusiv ale celor cu tulburări psihice.

(2) Comisia specificată la alin.(1) apără drepturile pacienților din staționarele de psihiatrie, primește reclamațiile și cererile lor, pe care le soluționează împreună cu administrația instituției de psihiatrie respective sau le remite, în funcție de caracterul lor, autorităților publice, procuraturii sau instanțelor judecătorești.

[Art.37 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 38. Obligațiile administrației staționarului de psihiatrie și ale personalului medical

Administrația staționarului de psihiatrie și personalul medical sînt obligați să creeze condiții de exercitare a drepturilor pacienților și reprezentanților lor legali prevăzute în prezenta lege, inclusiv:

- a) să asigure pacienților asistența medicală necesară;
- b) să ofere pacienților posibilitatea de a lua cunoștință de prezenta lege, de regulamentul de ordine interioară al staționarului de psihiatrie, de adresele și telefoanele autorităților publice și ale persoanelor oficiale, ale asociațiilor obștești la care pacienții pot apela în caz de încălcare a drepturilor lor;

- c) să asigure pacienților condiții pentru corespondență, pentru înaintarea de reclamații și cereri către avocat, autoritățile publice, procuratură, instanțe judecătorești;
- d) să înștiințeze, în 24 de ore de la spitalizarea pacientului fără liberul lui consimțământ, rudele, reprezentantul legal al acestuia sau o altă persoană indicată de el;
- e) să informeze rudele pacientului, reprezentantul lui legal sau o altă persoană indicată de acesta despre schimbarea sănătății lui și despre evenimentele extraordinare legate de el;
- f) să asigure securitatea pacienților din staționar, să verifice conținutul coletelor și al pachetelor;

[Lit.f) modificată prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

[Lit.g) exclusă prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

- h) să stabilească și să lămurească pacienților credincioși regulile pe care trebuie să le respecte în timpul oficiilor ritualurilor religioase și modul de invitare a preotului, să asigure posibilitatea de exercitare a dreptului credincioșilor și ateilor la libertatea conștiinței;
- i) să îndeplinească alte obligații stabilite de prezenta lege.

Articolul 39. Ieșirea din staționarul de psihiatrie

- (1) Formele de ieșire ale pacientului din staționarul de psihiatrie se fac în caz de însănătoșire sau ameliorare a stării lui psihice și când nu mai există temeiuri de spitalizare.
- (2) Formele de ieșire ale pacientului spitalizat cu liberul lui consimțământ se fac pe baza cererii lui personale, a cererii reprezentantului lui legal sau a deciziei medicului curant.
- (3) Formele de ieșire ale pacientului spitalizat fără liberul lui consimțământ se fac în temeiul avizului comisiei de medici psihiatri sau al hotărârii judecătorești privind neacceptarea prelungirii spitalizării.
- (4) Formele de ieșire ale pacientului față de care au fost aplicate, prin hotărâre judecătorească, măsuri medicale coercitive se fac numai în baza hotărârii instanței judecătorești.
- (5) Pacientului spitalizat cu liberul lui consimțământ i se poate refuza ieșirea în cazul în care comisia de medici psihiatri va stabili, pentru spitalizare fără liberul consimțământ, temeiurile prevăzute la art.28. În astfel de cazuri, asupra aflării pacientului în staționarul de psihiatrie, prelungirii spitalizării și ieșirii lui se va decide în modul stabilit la art.31-35 și la alin.(3) din prezentul articol.

Articolul 40. Temeiurile și procedura internării în instituțiile psihoneurologice

(1) Drept temei pentru internare într-o instituție psihoneurologică servește cererea depusă de persoana suferindă de tulburări psihice, precum și avizul comisiei medicale, cu participarea medicului psihiatru, iar pentru minori și pentru persoanele declarate incapabile în modul prevăzut de lege - decizia organului de tutelă și curatelă emisă în baza avizului comisiei medicale, cu participarea medicului psihiatru. Avizul trebuie să conțină date despre faptul că persoana suferă de tulburări psihice care nu-i permit să se afle într-o instituție nespecializată. Referitor la persoana cu capacitate de exercițiu, avizul trebuie să conțină date care să demonstreze netemeinicia intenției de a pune în fața instanței judecătorești problema declarării incapacității ei.

(2) Organul de tutelă și curatelă este obligat să ia măsuri în vederea apărării intereselor patrimoniale ale persoanei internate în instituțiile psihoneurologice.

[Art.40 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 41. Temeiurile și procedura internării minorilor în instituțiile psihoneurologice

Drept temei pentru internare într-o instituție psihoneurologică a minorului suferind de tulburări psihice servește cererea părinților acestuia sau a altui reprezentant legal al lui, precum și avizul obligatoriu al unei comisii compuse din psiholog, pedagog și medic psihiatru. Avizul trebuie să conțină date privind necesitatea instruirii minorului în condițiile unei școli speciale pentru copii cu deficiențe mentale.

[Art.41 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 42. Drepturile persoanei internate în instituție psihoneurologică și obligațiile administrației acesteia

- (1) Persoana internată în instituție psihoneurologică beneficiază de drepturile prevăzute la art.36.
- (2) Obligațiile administrației instituției psihoneurologice și ale personalului medical de a crea condiții pentru exercitarea drepturilor persoanelor internate sînt stabilite la art.38, precum și de legislația cu privire la asistență socială și învățămînt.
- (3) Administrația instituției psihoneurologice este obligată să efectueze, cel puțin o dată pe an, examinarea, la nivel de comisie medicală cu participarea medicului psihiatru, a persoanelor internate pentru soluționarea problemei continuării întreținerii lor în instituție și a eventualei revizuirii a hotărîrii privind incapacitatea lor.

[Art.42 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 43. Transferarea și ieșirea din instituțiile psihoneurologice

- (1) Drept temei pentru transferarea persoanei dintr-o instituție psihoneurologică într-o instituție similară de profil general servește avizul comisiei medicale, cu participarea medicului psihiatru, asupra lipsei de indicații terapeutice care ar necesita aflarea sau instruirea persoanei într-o instituție psihoneurologică specializată.
- (2) Ieșirea din instituția psihoneurologică se efectuează în baza:
 - a) cererii personale și avizului comisiei medicale, cu participarea medicului psihiatru, ce confirmă că starea sănătății permite persoanei să se întrețină fără tutelă;
 - b) cererii părinților, rudelor sau altui reprezentant legal, care se obligă de a îngriji extern minorul sau persoana declarată, în modul stabilit de lege, incapabilă.

[Art.43 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Capitolul V

SUPRAVEGHEREA ȘI CONTROLUL ASUPRA ACTIVITĂȚII DE ACORDARE A ASISTENȚEI PSIHIATRICE

[Denumirea modificată prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 44. Supravegherea și controlul asupra activității de acordare a asistenței psihiatrice

- (1) Supravegherea și controlul asupra activității instituțiilor și persoanelor care acordă asistență psihiatrică îl exercită autoritățile administrației publice locale, organele republicane de ocrotire a sănătății, de asistență socială și învățămînt, precum și ministerele și departamentele care au în subordine astfel de instituții.
- (2) Supravegherea respectării legalității la acordarea de asistență psihiatrică o exercită Procurorul General.

[Art.44 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 45. Controlul asociațiilor obștești asupra respectării drepturilor și intereselor legitime ale persoanelor la acordarea de asistență psihiatrică

- (1) Asociațiile obștești pot exercita, în conformitate cu statutele (regulamentele) lor, controlul asupra respectării drepturilor și intereselor legitime ale persoanelor, la cererea acestora sau cu consimțămîntul lor, în situația în care li se acordă asistență psihiatrică. Dreptul de a vizita instituțiile de psihiatrie și psihoneurologie trebuie să fie reflectat în statutele (regulamentele) acestor asociații și coordonat cu organele cărora li se subordonează instituțiile de psihiatrie și psihoneurologie.
- (2) Reprezentanții asociațiilor obștești sînt obligați să coordoneze cu administrația instituției de psihiatrie sau psihoneurologie condițiile vizitării, să ia cunoștință de regulile acestor instituții, să le îndeplinească și să depună declarația că nu vor divulga secretul medical.

[Art.45 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Capitolul VI

CONTESTAREA ACȚIUNILOR DE ACORDARE A ASISTENȚEI PSIHIATRICE

Articolul 46. Procedura și termenele contestării

(1) Acțiunile personalului medical, ale altor specialiști, ale lucrătorilor din domeniul asistenței sociale și învățămîntului, ale comisiilor medicale care prejudiciază drepturile și interesele legitime ale persoanelor la acordarea de asistență psihiatrică pot fi contestate, la opțiunea reclamantului, direct în instanță judecătorească, precum și în organul ierarhic superior (persoana oficială ierarhic superioară) sau procuratură.

(2) Reclamația poate fi înaintată de persoana ale cărei drepturi și interese legitime au fost încălcate, de reprezentantul acesteia, precum și de organizația împuternicită să apere drepturile cetățenilor conform legislației sau statutului (regulamentului) ei.

[Art.46 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 47. Examinarea reclamației în instanță judecătorească

(1) Reclamațiile vizînd acțiunile personalului medical, ale altor specialiști, ale lucrătorilor din domeniul asistenței sociale și învățămîntului, ale comisiilor medicale, care prejudiciază drepturile și interesele legitime ale persoanei la acordarea de asistență psihiatrică, sînt examinate în instanță judecătorească în modul prevăzut de Codul de procedură civilă și de prezenta lege.

(2) La examinarea reclamației, este obligatorie participarea persoanei ale cărei drepturi și interese legitime au fost încălcate, dacă starea psihică îi permite, a reprezentantului legal al acesteia, a reclamatului sau a reprezentantului lui, precum și a procurorului.

(3) Cheltuielile aferente examinării reclamației în instanță judecătorească le suportă statul.

[Art.47 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 48. Examinarea reclamației în organul ierarhic superior de persoana oficială ierarhic superioară)

(1) Reclamația înaintată organului ierarhic superior (persoanei oficiale ierarhic superioare) se examinează în termen de 15 zile de la data depunerii.

(2) Decizia organului ierarhic superior (a persoanei oficiale ierarhic superioare) asupra reclamației examinate în fond trebuie să fie motivată și bazată pe lege.

(3) În termen de trei zile după examinarea în fond a reclamației, copia de pe decizia organului ierarhic superior (a persoanei oficiale ierarhic superioare) se trimite sau se înmînează reclamantului și reclamatului.

[Art.48 modificat prin Legea nr.35-XVI din 28.02.2008, în vigoare 04.04.2008]

Articolul 49. Răspunderea pentru încălcarea prezentei legi

Pentru încălcarea prezentei legi, legislația prevede răspundere materială, administrativă și penală.

Capitolul VII DISPOZIȚII FINALE ȘI TRANZITORII

Articolul 50

Prezenta lege intră în vigoare la data publicării.

Articolul 51

Pînă la aducerea legislației în vigoare în conformitate cu prezenta lege, actele normative se vor aplica în măsura în care nu contravin acesteia.

Articolul 52

Guvernul:

- în termen de 6 luni, va prezenta Parlamentului propuneri privind aducerea legislației în vigoare în conformitate cu prezenta lege, va elabora și va aproba, în baza acesteia, actele normative aferente;

- în termen de 3 luni, va aduce propriile acte normative în conformitate cu prezenta lege;
- va asigura revizuirea și anularea de către ministere și departamente a actelor normative care contravin prezentei legi.

PREȘEDINTELE PARLAMENTULUI

Dumitru
MOȚPAN

Chișinău, 16 decembrie 1997.

Nr. 1402-XIII.

Legile Republicii Moldova

1402/16.12.97 Lege privind sănătatea mentală //Monitorul Oficial 44-46/310, 21.05.1998

ficial 21-24/140, 16.02.2007

GUVERNUL
REPUBLICII MOLDOVA



ПРАВИТЕЛЬСТВО
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА

HOTĂRÎRE
cu privire la aprobarea Registrului de stat al experților judiciari atestați

nr. 1147 din 22.09.2003

Monitorul Oficial al R.Moldova nr.208-210/1201 din 03.10.2003

* * *

Întru executarea Legii nr.1086-XIV din 23 iunie 2000 cu privire la expertiza judiciară (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2000, nr.144-145, art.1056; 2002, nr.113-114, art.894), Guvernul

HOTĂRĂȘTE:

1. Se instituie Registrul de Stat al experților judiciari atestați.
2. Se aprobă:
Regulamentul privind Registrul de stat al experților judiciari atestați, conform anexei nr.1;
Modificările și completările ce se operează în unele hotărâri ale Guvernului, conform anexei nr.2.

PRIM-MINISTRU

Vasile TARLEV

Contrasemnată:

Ministrul justiției

Vasile Dolghieru

Chișinău, 22 septembrie 2003.

Nr.1147.

Anexa nr.1
la Hotărârea Guvernului
nr.1147 din 22 septembrie 2003

REGULAMENTUL
privind Registrul de stat al experților judiciari atestați

I. DISPOZIȚII GENERALE

1. Presentul Regulament stabilește modul de alcătuire și de ținere de către Institutul Republican de Expertiză Judiciară și Criminologie de pe lângă Ministerul Justiției (în continuare - Institut) a Registrului de stat al experților judiciari atestați (în continuare - Registru). Registrul este parte componentă a Registrului de stat al unităților de drept.
2. Registrul reprezintă un sistem oficial de evidență a experților judiciari, cărora organele de urmărire penală și instanțele judecătorești le dispun efectuarea expertizelor judiciare.
3. Registrul se formează și se ține cu scopul:
formării băncii de date informaționale despre persoanele, care au obținut pregătirea în domeniul corespunzător al expertizei judiciare și au calificarea de expert judiciar;
ținerii evidenței experților judiciari atestați;
asigurării cu informația necesară a organelor de anchetă, de cercetare prealabilă, a procuraturii, a instanțelor judecătorești, a persoanelor fizice și juridice interesate.
4. Cheltuielile legate de ținerea Registrului sînt suportate din contul bugetului de stat.
5. În Registru se includ date despre persoanele care au calificarea de expert judiciar într-o anumită specialitate de expertiză și care sînt atestați în termenele și în modul prevăzut de legislația în vigoare.
6. Registrul conține următoarele informații despre expertul judiciar:
numele, prenumele și patronimicul (IDNP);
instituția în care activează;
gradul de calificare și specialitățile;
perioada de activitate în calitate de expert judiciar;
studiile, gradul științific;
numărul de înregistrare al expertului (IDNO);
alte date (inclusiv datele privind legitimația expertului).
7. Forma Registrului se aprobă de către directorul Institutului.
8. În conformitate cu sarcinile ce-i revin, Institutul exercită următoarele funcții:
înregistrează experții judiciari atestați;
îndeplinește în volum deplin funcția de administrator (completarea și prelucrarea informației privind experții judiciari; asigurarea la timp a băncii de date, cu modificările respective);
asigură păstrarea actelor în temeiul cărora s-a efectuat înregistrarea experților judiciari și includerea modificărilor ulterioare în baza de date a Registrului;
prestează servicii de informare cu utilizarea băncii de date a Registrului;
elaborează principiile organizatorice și metodologice de completare a Registrului;
organizează publicarea periodică a Registrului, ținîndu-se cont de modificările și completările operate.

II. MODUL DE ȚINERE A REGISTRULUI

9. Experții judiciari atestați se includ în Registru în baza datelor, prezentate de către instituțiile de expertiză judiciară, și în baza cererii expertului.
10. La cerere se anexează următoarele acte:
copia buletinului de identitate;
copia diplomei de studii superioare universitare;
copia carnetului de muncă sau extrasul din dosarul personal;

copia adevărului de acordare a calificării de expert judiciar cu dreptul de a efectua un tip concret de expertiză, în conformitate cu specialitatea de expertiză (în cazul în care expertul a obținut pregătirea în efectuarea a câtorva tipuri de expertiză sau specialități de expertiză și i-a fost conferită calificarea, cu dreptul de a efectua expertiza în toate aceste tipuri, se vor prezenta copiile actelor pentru toate calificările acordate);
copia actului ce atestă conferirea categoriei profesionale.

[Pct.10 modificat prin Hot.Guv. nr.1210 din 05.11.04, în vigoare 12.11.04]

11. Conducătorii instituțiilor de expertiză judiciară ale organelor de stat sînt obligați anual, la data de 1 ianuarie, să prezinte lista experților judiciari din cadrul instituției respective.

12. Actele, specificate la pct.10 din prezentul Regulament se includ în Registrul.

13. Decizia privind includerea în Registrul se adoptă în termen de 10 zile, timp în care se verifică autenticitatea actelor și materialelor prezentate și, în caz de necesitate, persoana este chemată la convorbire.

14. Decizia adoptată se aduce la cunoștința expertului judiciar în scris. În caz afirmativ, în aviz se indică numărul personal de înregistrare a expertului.

15. După înregistrare și includerea expertului judiciar în Registrul, acestuia i se înmînează legitimația de expert judiciar.

16. Fiecărui expert judiciar i se atribuie un număr personal de înregistrare, care se formează conform regulilor de atribuire a numărului de identificare de stat a unității de drept (IDNO).

III. MODUL DE ȚINERE ȘI MODIFICARE A REGISTRULUI

17. În procesul de ținere a Registrului în acesta pot fi introduse completările și modificările necesare, în baza cererilor, scrisorilor de informare și altor date, însoțite de următoarele acte:
copia adevărului despre conferirea calificării de expert judiciar de altă specialitate;
copiile ordinelor de serviciu;
materialele comisiei de atestare.

[Pct.17 modificat prin Hot.Guv. nr.1210 din 05.11.04, în vigoare 12.11.04]

IV. CONDIȚIILE DE EXCLUDERE DIN REGISTRULUI

18. Motivele excluderii din Registrul sînt:

decizia comisiei de calificare a instituției de stat respective privind retragerea calificării de expert judiciar;

anularea adevărului despre conferirea calificării de expert judiciar, în urma recunoașterii expertului judiciar incapabil de a acționa cu discernământ sau ca fiind condamnat în baza sentinței definitive a instanței judecătorești;

în cazul încălcării modului de reatestare a experților, stabilit de Regulamentul privind modul de atestare a experților judiciari.

[Pct.18 modificat prin Hot.Guv. nr.1210 din 05.11.04, în vigoare 12.11.04]

Anexa nr.2
la Hotărîrea Guvernului
nr.1147 din 22 septembrie 2003

Modificările și completările

ce se operează în unele hotărâri ale Guvernului

I. În tot textul Hotărârii Guvernului nr.129 din 15 februarie 2000 cu privire la Ministerul Justiției al Republicii Moldova (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2000, nr.19-20, art.210), cu modificările și completările ulterioare, sintagma "Institutul Republican de Expertiză Judiciară și Criminologie de pe lângă Ministerul Justiției" se substituie prin sintagma "Institutul Republican de Expertiză Judiciară și Criminalistică de pe lângă Ministerul Justiției".

[Pct.II abrogat prin Hot.Guv. nr.1052 din 12.09.2006, în vigoare 22.09.2006]

Hotărârile Guvernului

1147/22.09.2003 Hotărâre cu privire la aprobarea Registrului de stat al experților judiciari atestați //Monitorul Oficial 208-210/1201, 03.10.2003

Tema 3

Expertiza psihiatrică legală în procesul penal

1. Prevederile codului penal și CPP la capitolul expertiză
2. Noțiuni de responsabilitate, iresponsabilitate și discernământ diminuat. Criteriile juridice și medicale ale responsabilității
3. Măsurile de siguranță cu caracter medical
4. Examinarea psihiatrică a martorilor și părților vătămate
5. Specificul examinării psihiatrice a minorilor

Din punct de vedere etimologic și al conținutului semantic în general, DISCERNĂMÂNTUL este definit ca o *facultate esențială a spiritului, cu rădăcini adânci în intelect și în conștiință, care permite ființei umane să se orienteze în complexul vieții sociale pe răspundere proprie, în cadrul unei autonomii bio-psihiice, conditionate de legile naturii și de comandamentele moralei și ordinii juridice pozitive, care garantează și ocrotesc interesele și aspirațiile personale legitime.*

În caz de încălcare, sancționată de legea penală, a comandamentelor, sub aspectul specific incidentei legii, discernământul apare drept criteriu-cheie în aprecierea responsabilității penale a faptuitorului, major sau minor, în limitele responsabilității sale morale și ale libertății sale de autodeterminare.

Legea penală nu definește discernământul și nu folosește acest termen decât în stabilirea responsabilității penale a delincvenților. Înglobarea în definiția infracțiunii a noțiunilor de vinovăție, intenție și culpa, plasează conceptul infracțiunii pe linia procesului psihic ce premerge și însoțește fapta incriminată. Responsabilitatea penală evidențiază semnificația psiho-juridică a celor trei noțiuni și este privită prin prisma manifestării libere de voință și de conștiință a infractorului.

Ca sinteza a funcțiilor psihice, discernământul reprezintă o convertire în plan psihologic și psihiatric a noțiunii juridice de responsabilitate.

El reprezintă atât scopul principal al expertizei medico-legale psihiatrice cât și criteriul fundamental în funcție de care se poate aprecia și deci judeca conținutul responsabilității penale a unui infractor.

Deoarece starea de discernământ este prezumată pînă la proba contrarie, în cazul oricărui individ adult aflat în conflict cu legea penală, se poate considera ca ea reprezintă o adevărată cheie de boltă a întregului sistem penal, deoarece pe ea se sprijină întreaga teorie a penalității.

Responsabilitatea penală este condiționată de păstrarea discernământului în momentul comiterii faptei. La rîndul său, discernământul este condiționat atât de caracterul inteligibil al faptei cât și de starea de conștiință a infractorului în momentul comiterii faptei.

Starea de conștiință este determinată de:

- *nivelul structurării conștiinței* (se iau în considerare cele trei trepte de structurare ale conștiinței: elementară, opțional logică și axiologică);
- *nivelul structurării personalității* (nivelul inteligenței plus treptele de destructurare psihopatologică).

Discernământul nu se deduce automat din precizarea entității psihiatrice și depinde de stadiul evolutiv al bolii.

Discernământul rezultă din următoarele 5 premise:

- *caracterul faptei;*
- *structura personalității;*
- *boala psihică subiacentă,*
- *nivelul conștiinței;*
- *momentul evolutiv al bolii.*

Expertiza medico-legală psihiatrică nu se rezumă la un diagnostic, fie el și complex, care să concretizeze static un fenomen psihopatologic consecințe medico-legale. În sfera infinită a comportamentelor deviate, expertul este chemat să aducă argumente științifice de natură psiho-medicală care să ofere justiției o interpretare dinamică a unui proces complex cauzal și să stabilească legătura prin metode de reconstituire a cauzei, plecând de la analizarea efectului. Necesitatea imperioasă de transpunere a determinismului fenomenelor biopsihologice și medicale pe plan social juridic devine astfel unul dintre dezideratele expertizei medico-legale.

În criteriologia medico-legală, pentru realizarea rolului de mediator metodologic specific sunt indispensabile noțiuni sau concepte universale-valabile și de semnificație recunoscută ca valoare epistemologică pentru principalele instituții judiciare.

Metodologia expertizării a demonstrat necesitatea utilizării conceptului de *capacitate psihică* ca ansamblu al funcțiilor de sinteză ale vieții psihice și totodată al trăsăturilor de personalitate, ceea ce reprezintă în fond o aptitudine complexă, mai cuprinzătoare, mai integratoare și mai apropiată de conceptul de responsabilitate pe care încearcă să-l definească, mai ales pentru faptul că, poate fi legat și de marile categorii ale bolilor psihice și de intensitatea tulburărilor lor.

În Republica Moldova din 31 mai 2009 funcționează art.23¹ din Codul penal al RM care sună în felul următor:

(1) Persoana care a săvârșit o infracțiune ca urmare a unei tulburări psihice, constatată prin expertiză medicală efectuată în modul stabilit, din cauza căreia nu-și putea da seama pe deplin de caracterul și legalitatea faptelor sale sau nu le putea dirija pe deplin este pasibilă de responsabilitate penală redusă.

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

Această stipulare pune în fața experților necesitatea de stabilire a noi oportunități în activitatea expertală cum ar fi:

- *coordonarea pozițiilor și opiniilor cu privire la problema de discernământ diminuat între psihiatrii- experți și avocați,*
- *definirea a limitelor de competența a psihiatrului expert;*
- *dezvoltarea teoriei de probe în examinarea medico-legală psihiatrică*
- *introducerea în practica de specialitate a principiului de prezumție a sănătății mentale și în acest sens, recunoașterea apriori a capacității intacte de a conștientiza acțiunile sale și de a conduce cu ele la fiecare persoană care a împlinit vârsta de răspundere penală cu excepția cazului contrar dovedit;*
- *perceperea conceptului de sănătate mintală în raport cu examinarea medico-legală psihiatrică;*
- *perceperea diviziunii criteriilor medical și psihologic al responsabilității;*
- *definiția criteriilor de diferențiere a tulburări psihotice și non-psihotice;*
- *cercetare caracteristicilor calitative ale conștiinței, de auto-conștientizare, și a criteriului critic în cadrul examinării medico-legale psihiatrice;*
- *aprecierea unor criterii semnificative de performanță pentru studiul responsabilității și iresponsabilității și necesitatea elucidării în paralel cu criteriile medical și psihologic al criteriului juridic care include însuși faptul comiterii de către persoana expertizată a actului de încălcare a legii.*

Analiza fenomenelor, ce alcătuiesc părțile componente ale discernământului diminuat relevă în primul rând caracteristicile *componentului medical* care este stipulat sub forma de *tulburare psihică*. Deși nu putem nega faptul că, în cele mai multe cazuri de aplicare a categoriei de responsabilitate diminuată este vorba despre procese psihice patologice, este important de subliniat că abilitatea de a conștientiza semnificația acțiunilor sale și de a le controla este influențată și de alte procese care nu se prezintă ca patologice cum ar fi : *unele stări patologice incipăente, reacții acute la stres, stări reactive*. Vorbind despre șirul tulburărilor patologice, întrunite în criteriul medical al discernământului diminuat este necesar de menționat, că acesta pe parcurs se va completa, dar aici pe bună seamă vor figura psihopatiile, retardările mentale, patologii vasculare, stările reactive, schizofrenia în remisiune stabilă și alte tulburări.

După cum vedem, este vorba în primul rând de tulburările sferei intelectuale și volitive, în care tulburarea activității creierului este însoțită de o tulburare superficială de reflectare a lumii reale, care grație proceselor mentale disarmonice implică modificarea comportamentului, care nu exclude responsabilitatea. Asemenea situații pot avea loc în cadrul tulburărilor intelectuale sub formă de diminuare a capacității de a aplica cunoștințele și experiența în practică. Lipsa de auto-critica, auto-control, sau mai degrabă diminuarea acestora, imaturitate și primitivitate de interese nu permit persoanelor în cauză să aplice decizii specifice situației concrete, să compare acțiunile sale cu normele sociale și juridice, cu cerințele de moralitate. Tulburările sferei emoționale se prezintă prin modificări inutile ale dispoziției, lipsa de rezonanță emoțională adecvată.. Astfel de tulburări intelectuale, și emoționale nu exclud capacitatea unei persoane de a monitoriza, și a reflecta asupra acțiunilor sale și de a le conduce.

Stabilirea prezenței criteriului medical încă nu permite aprecierea discernământului diminuat, la momentul săvârșirii unei infracțiuni, aceasta este doar premisă pentru aprecierea *criteriului juridic* care reprezintă conținutul de bază al discernământului diminuat.

Criteiul juridic sună în felul următor „*nu-și putea da seama pe deplin de caracterul și legalitatea faptelor sale sau nu le putea dirija pe deplin*”. Acest criteriu are două componente : *intelectuală și volitivă*.

Componenta intelectuală a discernământului diminuat presupune că persoana nu înțelege pe deplin partea de facto, adică, adevăratul sens al comportamentului său. *Componenta volitivă* indică gradul de distrucție a sferei volitive a persoanei, cauzate de tulburarea psihică prezentă, care o împiedică de a-și controla pe deplin acțiunile sale (sau inacțiunile). Practica judiciară paralel cu datele din domeniul psihiatriei și psihologiei indică faptul că persoana care a comis actul de încălcare a legii, în anumite stări ale psihicului este conștientă de faptele sale, de pericolul public al acțiunilor sale și consecințele acestora, dar nu poate în măsură deplină să conducă cu comportamentul său.. În astfel de cazuri, putem vorbi despre discernământul diminuat numai în baza componentei volitive. Este necesar să reținem, că iposibilitatea de a conștientiza acțiunile sale (componenta intelectuală) întodeauna vorbește despre prezența și a componentei volitive, (incapacitatea de a conduce pe deplin cu acțiunile sale) deci și despre prezența criteriului juridic al discernământuluiio diminuat.

Caracteristica distinctivă a discernământului diminuat este posibilitatea persoanei de a conștientiza acțiunile sale (sau inacțiunile) și de a conduce cu ele, dar în urma tulburării *psihice este redusă semnificativ* capacitatea mentală adecvată. Anume capacitatea păstrată, deși nu în volum deplin, de a conștientiza acțiunile sale și de a conduce cu ele ne vorbește despre faptul că discernământul diminuat vorbește în favoarea *prezenței discernământului*.

Codul Penal

Articolul 22. Responsabilitatea

Responsabilitatea este starea psihologică a persoanei care are capacitatea de a înțelege caracterul prejudiciabil al faptei, precum și capacitatea de a-și manifesta voința și a-și dirija acțiunile.

Articolul 23. Iresponsabilitatea

(1) Nu este pasibilă de răspundere penală persoana care, în timpul săvârșirii unei fapte prejudiciabile, se afla în stare de ireponsabilitate, adică nu putea să-și dea seama de acțiunile ori inacțiunile sale sau nu putea să le dirijeze din cauza unei boli psihice cronice, a unei tulburări psihice temporare sau a altei stări patologice. Față de o asemenea persoană, în baza hotărârii instanței de judecată, pot fi aplicate măsuri de constrângere cu caracter medical, prevăzute de prezentul cod.

(2) Nu este pasibilă de pedeapsă persoana care, deși a săvârșit infracțiunea în stare de responsabilitate, înainte de pronunțarea sentinței de către instanța de judecată s-a îmbolnăvit de o boală psihică care a lipsit-o de posibilitatea de a-și da seama de acțiunile ori inacțiunile sale sau de a le dirija. Față de o asemenea persoană, în baza hotărârii instanței de judecată, pot fi aplicate măsuri de constrângere cu caracter medical, iar după însănătoșire – ea poate fi supusă pedepsei.

Articolul 23¹. Responsabilitatea redusă

(1) Persoana care a săvârșit o infracțiune ca urmare a unei tulburări psihice, constatată prin expertiza medicală efectuată în modul stabilit, din cauza căreia nu-și putea da seama pe deplin de

caracterul și legalitatea faptelor sale sau nu le putea dirija pe deplin este pasibilă de responsabilitate penală redusă.

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

Articolul 24. Răspunderea pentru infracțiunea săvârșită în stare de ebrietate

Persoana care a săvârșit o infracțiune în stare de ebrietate, produsă de alcool sau de alte substanțe, nu este liberată de răspundere penală. Cauzele ebrietății, gradul și influența ei asupra săvârșirii infracțiunii se iau în considerare la stabilirea pedepsei.

Articolul 98. Scopul și tipurile măsurilor de siguranță

(1) Măsurile de siguranță au drept scop înlăturarea unui pericol și preîntâmpinarea săvârșirii faptelor prevăzute de legea penală.

(2) Măsuri de siguranță sînt:

- a) măsurile de constrîngere cu caracter medical;
- b) măsurile de constrîngere cu caracter educativ;
- b¹) castrarea chimică;

[Art.98 al.(2), lit b¹) declarată neconstituțională prin HCC18 din 23.08.13, MO182-185/23.08.13 art.27; în vigoare 04.07.13]

[Art.98 al.(2), lit.b¹) introdusă prin LP34 din 24.05.12, MO126-129/22.06.12 art.405; în vigoare 01.07.12]

- c) expulzarea;
- d) confiscarea specială.

Articolul 99. Aplicarea măsurilor de constrîngere cu caracter medical

Persoanelor care au săvârșit fapte prevăzute de legea penală în stare de iresponsabilitate sau care au săvârșit asemenea fapte în stare de responsabilitate, de responsabilitate redusă, dar, pînă la pronunțarea sentinței sau în timpul executării pedepsei, s-au îmbolnăvit de o boală psihică, din care cauză ele sînt incapabile să-și dea seama de acțiunile lor sau să le dirijeze, instanța de judecată poate să le aplice următoarele măsuri de constrîngere cu caracter medical, care se înfăptuiesc de către instituțiile curative ale organelor de ocrotire a sănătății:

- a) internarea într-o instituție psihiatrică cu supraveghere obișnuită;
- b) internarea într-o instituție psihiatrică cu supraveghere riguroasă.

Articolul 100. Internarea într-o instituție psihiatrică

(1) Internarea într-o instituție psihiatrică cu supraveghere obișnuită poate fi aplicată de către instanța de judecată unui alienat care, din cauza stării psihice și a caracterului faptei prejudiciabile săvârșite, are nevoie de îngrijire spitalicească și de tratament în condiții de supraveghere obișnuită.

(2) Internarea într-o instituție psihiatrică cu supraveghere riguroasă poate fi aplicată de către instanța de judecată unui alienat care, din cauza stării psihice și a caracterului faptei prejudiciabile săvârșite, prezintă un pericol deosebit pentru societate și are nevoie de îngrijire spitalicească și de tratament în condiții de supraveghere riguroasă.

(3) Persoanele internate în instituții psihiatrice cu supraveghere riguroasă sînt deținute în condiții ce exclud posibilitatea săvârșirii de către ele a unei noi fapte prejudiciabile.

Articolul 101. Stabilirea, schimbarea, prelungirea și încetarea aplicării măsurilor de constrîngere

cu caracter medical alienaților

(1) Instanța de judecată, considerînd că este necesar de a aplica o măsură de constrîngere cu caracter medical, alege forma acesteia în funcție de boala mintală a persoanei, de caracterul și gradul prejudiciabil al faptei săvîrșite. Persoana supusă tratamentului forțat sau reprezentantul acesteia are dreptul de a cere unei instituții medicale independente avizul asupra stării de sănătate a persoanei căreia i se aplică măsuri de constrîngere cu caracter medical.

(2) Instanța de judecată, în temeiul avizului instituției medicale, dispune încetarea aplicării măsurilor de constrîngere cu caracter medical în cazul însănătoșirii persoanei sau al unei astfel de schimbări a caracterului bolii care exclude necesitatea aplicării acestor măsuri.

(3) Schimbarea măsurii de constrîngere cu caracter medical sau prelungirea termenului de aplicare a ei se face, de asemenea, de instanța de judecată, atît din oficiu, cît și la cererea persoanei respective sau a reprezentantului acesteia, în baza unui control, efectuat cel puțin o dată la 6 luni, privind necesitatea aplicării acestei măsuri.

(4) Dacă instanța de judecată nu va găsi necesară aplicarea măsurilor de constrîngere cu caracter medical unui alienat, precum și în cazul încetării aplicării unor astfel de măsuri, ea îl poate încredința spre îngrijire rudelor sau tutorilor, dar sub o supraveghere medicală obligatorie.

Articolul 102. Deducerea duratei de aplicare a măsurilor de constrîngere cu caracter medical

(1) Persoanei care, după săvîrșirea infracțiunii sau în timpul executării pedepsei, s-a îmbolnăvit de o boală psihică, din care cauză ea este incapabilă să-și dea seama de acțiunile sale sau să le dirijeze, instanța de judecată îi poate aplica pedeapsa după însănătoșire dacă nu a expirat termenul de prescripție sau dacă nu există alte motive pentru liberarea ei de răspundere penală și de pedeapsă.

(2) În caz de aplicare a pedepsei după însănătoșire, durata de aplicare a măsurilor de constrîngere cu caracter medical se deduce din termenul pedepsei.

Articolul 103. Aplicarea măsurilor de constrîngere cu caracter medical alcoolicilor și narcomanilor sau punerea lor sub curatelă

(1) În caz de săvîrșire a infracțiunii de către un alcoolic sau un narcoman, dacă există avizul medical corespunzător, instanța de judecată, din oficiu ori la cererea colectivului de muncă sau a organului de ocrotire a sănătății, concomitent cu pedeapsa pentru infracțiunea săvîrșită, poate să aplice acestei persoane tratamentul medical forțat.

(2) Persoanele menționate la alin.(1), condamnate la pedepse neprivative de libertate, vor fi supuse unui tratament forțat în instituțiile medicale cu regim special.

(3) Dacă persoanele menționate la alin.(1) au fost condamnate la pedeapsa cu închisoare, în timpul executării pedepsei ele vor fi supuse unui tratament medical forțat, iar după eliberare din locurile de deținere, dacă este necesară continuarea unui astfel de tratament, ele vor fi tratate în instituții medicale cu regim special.

(4) Încetarea tratamentului medical forțat este dispusă de către instanța de judecată, la propunerea instituției medicale în care se tratează persoana respectivă.

(5) Dacă infracțiunea a fost săvîrșită de o persoană care abuzează de alcool și prin aceasta își pune familia într-o situație materială grea, instanța de judecată, concomitent cu aplicarea pedepsei neprivative de libertate pentru infracțiunea săvîrșită, este în drept, la cererea colectivului de muncă sau a rudelor apropiate ale persoanei în cauză, să o pună sub curatelă.

Codul de Procedură Penală

Articolul 142. Temeiurile pentru dispunerea și efectuarea expertizei

(1) Expertiza se dispune în cazurile în care pentru constatarea, clarificarea sau evaluarea circumstanțelor ce pot avea importanță probatorie pentru cauza penală sînt necesare cunoștințe specializate în domeniul științei, tehnicii, artei, meșteșugului sau în alte domenii. Posedarea unor asemenea cunoștințe specializate de către persoana care efectuează urmărirea penală sau de către judecător nu exclude necesitatea dispunerii expertizei. Dispunerea expertizei se face, la cererea părților, de către organul de urmărire penală sau de către instanța de judecată, precum și din oficiu de către organul de urmărire penală.

(2) Părțile, din inițiativă proprie și pe cont propriu, sînt în drept să înainteze cerere despre efectuarea expertizei pentru constatarea circumstanțelor care, în opinia lor, vor putea fi utilizate în apărarea intereselor lor. Raportul expertului care a efectuat expertiza la cererea părților se prezintă organului de urmărire penală, se anexează la materialele cauzei penale și urmează a fi apreciată o dată cu alte probe.

(3) În calitate de expert poate fi numită orice persoană care posedă cunoștințele necesare pentru a prezenta concluzii care se referă la circumstanțele apărute în legătură cu cauza penală și care pot avea importanță probatorie pentru cauza penală.

(4) Fiecare dintre părți are dreptul să recomande un expert pentru a participa cu drepturi depline la efectuarea expertizei.

Articolul 143. Cazurile cînd efectuarea expertizei este obligatorie

(1) Expertiza se dispune și se efectuează, în mod obligatoriu, pentru constatarea:

1) cauzei morții;

2) gradului de gravitate și a caracterului vătămărilor integrității corporale;

3) stării psihice și fizice a bănuțului, învinuțului, inculpatului – în cazurile în care apar îndoieli cu privire la starea de responsabilitate sau la capacitatea lor de a-și apăra de sine stătător drepturile și interesele legitime în procesul penal;

3¹) stării psihice și fizice a persoanei în privința căreia se reclamă că s-au comis acte de tortură, tratamente inumane sau degradante;

4) vârstei bănuțului, învinuțului, inculpatului sau părții vătămăte – în cazurile în care această circumstanță are importanță pentru cauza penală, iar documentele ce confirmă vârsta lipsesc sau prezintă dubiu;

5) stării psihice sau fizice a părții vătămăte, martorului dacă apar îndoieli în privința capacității lor de a percepe just împrejurările ce au importanță pentru cauza penală și de a face declarații despre ele, dacă aceste declarații ulterior vor fi puse, în mod exclusiv sau în principal, în baza hotărîrii în cauza dată;

6) altor cazuri cînd prin alte probe nu poate fi stabilit adevărul în cauză.

(2) Plata expertizelor judiciare efectuate în cazurile prevăzute la alin. (1) se face din contul mijloacelor bugetului de stat.

Articolul 144. Procedura de dispunere a efectuării expertizei

(1) Considerînd că este necesară efectuarea expertizei, organul de urmărire penală, prin

ordonanță, iar instanța de judecată, prin încheiere, dispune efectuarea expertizei. În ordonanță sau în încheiere se indică: cine a inițiat numirea expertizei; temeiurile pentru care se dispune expertiza; obiectele, documentele și alte materiale prezentate expertului cu mențiunea când și în ce împrejurări au fost descoperite și ridicate; întrebările formulate expertului; denumirea instituției de expertiză, numele și prenumele persoanei căreia i se pune în sarcină efectuarea expertizei.

(1¹) Cererea de solicitare a efectuării expertizei se formulează în scris, cu indicarea faptelor și împrejurărilor supuse constatării și a obiectelor, materialelor care trebuie investigate de expert.

(2) Ordonanța sau încheierea de dispunere a efectuării expertizei este obligatorie pentru instituția sau persoana care urmează să efectueze expertize.

(3) La efectuarea expertizei din inițiativă și pe contul propriu al părților, expertului i se remite lista întrebărilor, obiectele și materialele de care dispun părțile sau sînt prezentate, la cererea lor, de către organul de urmărire penală. Despre aceasta se întocmește un proces-verbal conform prevederilor art. 260 și 261.

(4) Bănuitul, învinuitul sau partea vătămată poate solicita organului de urmărire penală sau, după caz, procurorului dispunerea efectuării expertizei. Refuzul de dispunere a efectuării expertizei poate fi contestat în modul stabilit de prezentul cod.

Articolul 145. Acțiuni premergătoare efectuării expertizei

(1) Organul de urmărire penală sau instanța de judecată, în cazul în care dispune efectuarea expertizei, citează părțile și expertul desemnat pentru a li se aduce la cunoștință obiectul expertizei și întrebările la care expertul trebuie să dea răspunsuri, pentru a li se explica dreptul de a face observații cu privire la aceste întrebări și de a cere modificarea sau completarea lor. Totodată, părților li se explică dreptul lor de a cere numirea a cîte un expert recomandat de fiecare dintre ele pentru a participa la efectuarea expertizei. În acest caz, se întocmește un proces-verbal.

(2) – *abrogat*.

(3) După examinarea obiecțiilor și cererilor înaintate de părți și expert, organul de urmărire penală sau instanța de judecată fixează termenul efectuării expertizei, informîndu-l, totodată, pe expert dacă la efectuarea acesteia urmează să participe părțile.

Articolul 146. Expertiza în comisie

(1) Expertizele cu un grad sporit de complexitate se efectuează de o comisie din cîteva experți de aceeași specializare sau, după caz, de specializări diferite. La cererea părților, în componența comisiei de experți pot fi incluși experții invitați (recomandați) de ele.

(2) Dacă sînt experți de aceeași specializare, membrii comisiei se consultă între ei și, ajungînd la o opinie comună, întocmesc un raport unic, pe care îl semnează fiecare. Dacă între experți există dezacord, fiecare dintre ei prezintă cîte un raport separat cu privire la toate întrebările sau numai cu privire la întrebările pe marginea cărora există dezacord.

(3) Dacă membrii comisiei sînt experți de specializări diferite, la efectuarea expertizei se aplică prevederile referitoare la expertiza complexă.

(4) Cerința organului de urmărire penală sau a instanței de judecată ca expertiza să fie efectuată de o comisie de experți este obligatorie pentru șeful instituției de expertiză, precum și pentru experții desemnați. Dacă expertiza este pusă în sarcina instituției de expertiză și conducătorul, analizînd complexitatea investigațiilor ce urmează a fi efectuate, consideră că este necesară o expertiză în comisie, acesta comunică organului de urmărire penală sau instanței de

judecată propunerea de dispunere a efectuării expertizei.

Articolul 147. Expertiza complexă

(1) În cazul în care constatarea vreunei circumstanțe ce poate avea importanță probatorie în cauza penală este posibilă numai în urma efectuării unor investigații în diferite domenii, se dispune expertiza complexă.

(1¹) În cazul torturii, efectuarea expertizei complexe, cu operarea examinării medico-legale, psihologice și, după caz, a altor forme de examinare, este obligatorie.

(2) În baza totalității datelor constatate în cadrul expertizei complexe, experții, în limitele competenței lor, formulează concluzii despre circumstanțele pentru constatarea cărora a fost dispusă expertiza.

(3) Expertul nu are dreptul să semneze acea parte a raportului de expertiză complexă ce nu ține de competența sa.

Articolul 148. Expertiza suplimentară și expertiza repetată

(1) Dacă organul de urmărire penală care a dispus efectuarea expertizei, la invocare de către una dintre părți sau din oficiu, ori instanța de judecată, la cererea uneia dintre părți, constată că raportul expertului nu este complet, iar această deficiență nu poate fi suplinită prin audierea expertului, se dispune efectuarea unei expertize suplimentare de către același expert sau de către un alt expert.

(2) Dacă concluziile expertului sînt neclare, contradictorii, neîntemeiate, dacă există îndoieli în privința lor și aceste deficiențe nu pot fi înlăturate prin audierea expertului sau dacă a fost încălcată ordinea procesuală de efectuare a expertizei, poate fi dispusă efectuarea unei expertize repetate de către un alt expert sau alți experți. La efectuarea expertizei repetate se poate pune și chestiunea autenticității metodelor utilizate anterior. Primul expert poate participa la efectuarea expertizei respective pentru a da explicații, însă nu poate participa la efectuarea investigațiilor și la finalizarea concluziilor.

(3) În ordonanță sau în încheierea prin care s-a dispus efectuarea expertizei suplimentare sau repetate trebuie să fie concretizate motivele dispunerii ei.

Articolul 149. Efectuarea expertizei în instituția de expertiză

(1) Organul de urmărire penală sau instanța de judecată expediază conducătorului instituției de expertiză actul de dispunere a efectuării expertizei, obiectele și materialele respective, iar în cazurile necesare, și materialele cauzei penale. Expertiza se efectuează de către acel expert al instituției care este indicat în ordonanță sau încheiere. Dacă expertul concret nu este indicat, conducătorul instituției de expertiză numește expertul și despre aceasta comunică organului care a dispus expertiza.

(2) Dacă expertiza se efectuează din inițiativa și pe contul părților, ele prezintă conducătorului instituției de expertiză lista întrebărilor, obiectele și materialele pentru a efectua investigații. Părțile pot indica în cererea de solicitare a efectuării expertizei numele și prenumele expertului.

(3) Conducătorul instituției de expertiză explică expertului drepturile și obligațiile lui, prevăzute în art.88 din prezentul cod, și îl previne de răspunderea, conform art.312 din Codul penal, pentru prezentarea cu bună știință a unor concluzii false, organizează efectuarea expertizei, asigură păstrarea obiectelor prezentate pentru investigații, fixează termenele efectuării expertizei. Conducătorul instituției de expertiză nu are dreptul să dea indicații care ar determina cursul și conținutul investigației.

Articolul 150. Efectuarea expertizei în afara

instituției de expertiză

(1) În caz de efectuare a expertizei în afara instituției de expertiză, organul de urmărire penală sau instanța de judecată, după întocmirea ordonanței sau încheierii prin care se dispune expertiza, invită persoana desemnată pentru efectuarea ei pentru a se informa cu privire la competența ei, pentru a constata în ce relații se află această persoană cu bănuitul, învinuitul, inculpatul, partea vătămată și cu alte părți, pentru a se convinge că nu există temeiuri pentru recuzarea acesteia.

(2) Organul care a dispus expertiza înmânează expertului ordonanța sau încheierea prin care se dispune expertiza, explică drepturile și obligațiile, prevăzute în art.88 din prezentul cod, și îl previne de răspunderea, conform art.312 din Codul penal, pentru prezentarea cu bună știință a unor concluzii false. Acestea se consemnează în ordonanța sau în încheierea prin care s-a dispus expertiza și se confirmă prin semnătura expertului. În același mod se fixează declarațiile și cererile expertului. Despre respingerea cererii expertului, organul care a dispus expertiza întocmește o ordonanță sau o încheiere motivată.

(3) Organul de urmărire penală este obligat să asigure prezentarea la expert a bănuितului, învinuitului, inculpatului, părții vătămate, martorului dacă apare necesitatea de a efectua cercetarea corporală sau a examina starea lor psihică ori prezența lor este necesară la efectuarea expertizei.

(4) – *abrogat.*

Articolul 151. Întocmirea și prezentarea raportului de către expert

(1) După efectuarea investigațiilor necesare, expertul întocmește în scris un raport, pe care îl semnează și aplică ștampila.

(2) În raportul de expertiză se indică: când, unde și cine (numele, prenumele, studiile, specialitatea) a efectuat expertiza; faptul informării expertului despre răspunderea penală pentru prezentarea cu bună știință a unor concluzii false; titlul, gradul științific și, după caz, funcția persoanei care a efectuat expertiza; actul prin care s-a dispus efectuarea expertizei; persoanele care au asistat la efectuarea expertizei; materialele utilizate de către expert, investigațiile efectuate, operațiunile de efectuare a expertizei, metodele, programele și echipamentele utilizate; întrebările adresate expertului; concluziile la întrebări. Dacă, în cursul efectuării expertizei, expertul constată circumstanțe ce prezintă interes pentru cauza penală, dar cu privire la care nu i s-au pus întrebări, el are dreptul să le menționeze în raportul său.

(3) La raportul expertului se anexează corpurile delictelor, probele grafice, alte materiale, rămase după efectuarea investigațiilor, precum și fotografiile, schițe și grafice ce confirmă concluziile expertului.

(4) În raportul expertului va fi inclusă argumentarea imposibilității de a răspunde la toate sau la unele întrebări ce au fost puse dacă materialele prezentate nu au fost suficiente sau întrebările formulate nu țin de competența expertului, ori nivelul științei și practica expertizelor nu permit de a răspunde la întrebările puse.

(5) Raportul expertului sau declarația sa că nu poate prezenta concluzii, precum și procesul-verbal de audiere a expertului se comunică imediat, dar nu mai târziu de 3 zile de la primirea lor de către organul de urmărire penală, părților în proces care au dreptul să dea explicații, să facă obiecții, precum și să ceară a se pune expertului întrebări suplimentare, a se efectua expertiza suplimentară ori o expertiză repetată. Executarea acestor acțiuni se consemnează într-un proces-verbal.

Articolul 152. Internarea în instituția medicală pentru

efectuarea expertizei

(1) Dacă pentru efectuarea expertizei medico-legale sau psihiatrice apare necesitatea unei supravegheri îndelungate, bănuitul, învinuitul, inculpatul poate fi internat într-o instituție medicală. Despre aceasta se consemnează în ordonanța sau încheierea prin care s-a dispus expertiza.

(2) Internarea bănuitului, învinuitului în instituția medicală pentru efectuarea expertizelor indicate în alin.(1) se admite cu autorizația judecătorului de instrucție, în baza demersului procurorului, în conformitate cu art.305. Încheierea judecătorului de instrucție privind autorizarea internării poate fi atacată cu recurs în condițiile art.311.

(3) Dacă necesitatea internării în instituția medicală pentru efectuarea expertizei a apărut în procesul judecării cauzei, încheierea despre aceasta o adoptă instanța de judecată conform cererilor înaintate de părți, expert sau din oficiu.

(3¹) Demersul procurorului de solicitare a internării într-o instituție medicală pentru efectuarea expertizei sau cererile părților ori ale expertului depuse în acest sens trebuie să cuprindă, după caz, mențiuni cu privire la: fapta pentru care se efectuează urmărirea penală, încadrarea juridică a faptei; faptele și împrejurările din care rezultă îndoiala asupra stării de responsabilitate a bănuitului, învinuitului sau inculpatului, motivarea necesității de luare a măsurii de internare și motivarea proporționalității acesteia cu scopul urmărit.

(4) Internarea bănuitului într-o instituție medicală, pentru efectuarea expertizei în condiții de staționar, se dispune pentru o durată de pînă la 10 zile cu posibilitatea prelungirii, în caz de necesitate, la demersul procurorului, de către judecătorul de instrucție, după punerea sub învinuire.

(5) Internarea învinuitului într-o instituție medicală, pentru efectuarea expertizei în condiții de staționar, se dispune pentru o durată de pînă la 30 de zile.

(6) Prolungirea internării învinuitului în instituția medicală, pentru efectuarea expertizei în condiții de staționar, poate fi dispusă de către judecătorul de instrucție pînă la 6 luni, la demersul procurorului prezentat în temeiul cererii motivate în scris a medicului care se confruntă cu dificultăți la efectuarea expertizei și are nevoie de timp suplimentar pentru aceasta. Fiecare prelungire nu poate depăși 30 de zile.

(7) Bănuitul, învinuitul internat într-o instituție medicală pentru efectuarea expertizei în condiții de staționar, apărătorul sau reprezentantul pot ataca încheierea judecătorului de instrucție privind aplicarea ori prelungirea internării sau pot solicita efectuarea expertizei în condiții de ambulator în termen de 3 zile de la data adoptării. Dispozițiile art.311 și 312 se aplică în mod corespunzător.

(8) În cazul în care bănuitul, învinuitul este arestat preventiv, transferul acestuia pentru efectuarea expertizei medicale în condiții de staționar, se dispune la demersul procurorului cu autorizația judecătorului de instrucție.

Articolul 153. Audierea expertului

(1) În cazul în care raportul expertului nu este clar sau are unele deficiențe, pentru înlăturarea cărora nu sînt necesare investigații suplimentare, ori a apărut necesitatea de a preciza metodele aplicate de către expert sau unele noțiuni, organul de urmărire penală este în drept să audieze expertul, respectîndu-se prevederile art.105-109.

(2) Audierea expertului nu se admite pînă la prezentarea raportului și cercetarea acestuia.

Articolul 488. Temeiurile pentru aplicarea măsurilor de constrîngere cu caracter medical

(1) Măsurile de constrângere cu caracter medical, cuprinse în art.99 din Codul penal, se aplică de instanța de judecată față de persoanele care au săvârșit fapte prejudiciabile, prevăzute de legea penală, în stare de iresponsabilitate, precum și față de persoanele care s-au îmbolnăvit după săvârșirea infracțiunii de o boală psihică, din care motive ele nu-și pot da seama de acțiunile lor sau nu le pot dirija, în caz dacă aceste persoane prezintă pericol pentru societate prin natura faptei săvârșite și din cauza bolii lor.

(2) Măsurile de constrângere cu caracter medical se aplică potrivit dispozițiilor generale ale prezentului cod, cu derogările și completările din prezentul capitol.

Articolul 489. Urmărirea penală

(1) În procesele având ca obiect faptele prejudiciabile, prevăzute de legea penală, săvârșite de persoane în stare de iresponsabilitate, precum și infracțiuni săvârșite de persoane care s-au îmbolnăvit de o boală psihică după săvârșirea faptei, se efectuează urmărirea penală.

(2) La efectuarea urmăririi penale în condițiile alin.(1) vor fi clarificate următoarele chestiuni:

- 1) timpul, locul, modul și alte circumstanțe ale săvârșirii faptei prejudiciabile;
- 2) dacă fapta prejudiciabilă a fost săvârșită de către acea persoană;
- 3) dacă persoana care a săvârșit fapta prejudiciabilă a suferit de boli psihice în trecut, gradul și caracterul bolii psihice în momentul săvârșirii faptei prejudiciabile sau în timpul cercetării cauzei;
- 4) comportamentul persoanei care a săvârșit fapta prejudiciabilă atât înainte, cât și după săvârșirea ei;
- 5) caracterul și mărimea pagubei cauzate de fapta prejudiciabilă.

(3) Persoana în cauză va fi supusă unei expertize psihiatrice judiciare numai dacă există suficiente date care arată că anume această persoană a săvârșit infracțiunea, pentru care se efectuează urmărirea penală.

Articolul 490. Internarea în instituția psihiatrică

(1) La constatarea faptului de îmbolnăvire a persoanei în privința căreia se efectuează urmărirea penală și care se află în stare de arest, judecătorul de instrucție dispune, în temeiul demersului procurorului, internarea ei în instituția psihiatrică, adaptată pentru deținerea persoanelor arestate, dispunând, totodată, revocarea arestului preventiv. Despre ameliorarea ulterioară a stării sănătății persoanei internate în instituția psihiatrică, administrația instituției înștiințează imediat procurorul care conduce urmărirea penală în cauza respectivă.

(2) Internarea în instituția psihiatrică a persoanelor care nu se află în stare de arest se efectuează în condițiile prevăzute în art.152, cu asigurarea garanțiilor specificate în art.501 alin.(1).

Articolul 491. Disjungerea cauzei în privința persoanei care a săvârșit o faptă prejudiciabilă interzisă de legea penală în stare de iresponsabilitate sau care s-a îmbolnăvit de o boală psihică după săvârșirea infracțiunii

Dacă, la urmărirea penală a infracțiunilor săvârșite cu participație, se constată că cineva din participanți a săvârșit fapta în stare de iresponsabilitate sau după săvârșirea infracțiunii s-a îmbolnăvit de o boală psihică, cauza în privința acestuia poate fi disjunsă în dosar separat.

Articolul 492. Drepturile persoanei în privința căreia se desfășoară procedura de aplicare a

măsurilor de constrângere cu caracter medical

(1) Persoana în privința căreia se desfășoară procedura de aplicare a măsurilor de constrângere cu caracter medical, dacă, prin concluzia expertizei psihiatrice judiciare, s-a constatat că caracterul și gradul de îmbolnăvire a ei nu o împiedică, dispune de drepturile prevăzute în art.66, care se aplică în mod corespunzător.

(2) Persoanei menționate la alin.(1) i se înmânează informație în scris privitor la drepturile sale, fapt despre care se face mențiune în procesul-verbal respectiv.

Articolul 493. Participarea reprezentantului legal

(1) La procedura privind aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical, participarea reprezentantului legal al persoanei căreia îi vor fi aplicate aceste măsuri este obligatorie.

(2) Este recunoscut reprezentant legal al persoanei în privința căreia se efectuează procedura de aplicare a măsurilor de constrângere cu caracter medical una din rudele apropiate ale acesteia, iar în lipsa lor, o altă persoană, prin ordonanța organului de urmărire penală sau încheierea instanței de judecată.

(3) Reprezentantul legal beneficiază de drepturile și obligațiile prevăzute în art.78, care se aplică în mod corespunzător. Despre înmînarea reprezentantului legal a informației în scris privitor la drepturile și obligațiile lui, precum și despre explicațiile necesare ce i s-au dat, se face mențiune în procesul-verbal respectiv.

Articolul 494. Participarea apărătorului

(1) În procedura de aplicare a măsurilor de constrângere cu caracter medical, participarea apărătorului este obligatorie din momentul adoptării ordonanței prin care s-a dispus efectuarea expertizei în staționarul instituției psihiatrice în privința persoanei referitor la care se desfășoară procedura, dacă apărătorul nu a fost admis mai înainte în acest proces.

(2) Din momentul intrării apărătorului în proces, el are dreptul la întrevederi cu persoana interesele căreia le apără, fără a se limita numărul și durata lor, dacă starea sănătății acesteia nu împiedică întrevederile. Apărătorul dispune și de celelalte drepturi prevăzute în art.68, care se aplică în mod corespunzător.

Articolul 495. Terminarea urmăririi penale

(1) După terminarea urmăririi penale, procurorul, prin ordonanță, decide:

1) încetarea procesului penal în cazurile prevăzute în art.285 sau în cazurile cînd din caracterul faptei și starea psihică a celui care a săvîrșit-o rezultă că această persoană nu prezintă pericol pentru societate;

2) trimiterea cauzei în instanța de judecată dacă s-a constatat că există temeiuri de a se aplica față de cel care a săvîrșit infracțiune măsuri de constrângere cu caracter medical.

(2) Ordonanța de trimitere a cauzei în instanța de judecată, în afară de prevederile art.255, trebuie să conțină toate circumstanțele cauzei stabilite la urmărirea penală, temeiurile pentru aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical, precum și argumentele apărătorului și ale altor persoane care resping temeiurile de aplicare a acestor măsuri, dacă acestea au fost expuse.

(3) Despre încetarea procesului sau trimiterea cauzei în instanță organul de urmărire penală informează persoana în privința căreia se desfășoară procedura, dacă caracterul și gradul de îmbolnăvire nu o împiedică de a participa la acțiuni procesuale, reprezentantul legal și apărătorul ei, precum și partea vătămată. Persoanelor menționate li se explică dreptul de a lua cunoștință de materialele dosarului și li se comunică cînd și unde pot să-și realizeze acest drept. Modul de

prezentare a materialelor dosarului, de depunere a cererilor și de soluționare a lor se reglementează de prevederile art.294 și 295.

(4) Ordonanța de încetare a procesului penal se adoptă în conformitate cu prevederile art.285. În caz de încetare a procesului, dacă persoana respectivă, prin caracterul faptei și starea psihică, nu prezintă pericol pentru societate, dar este recunoscută alienată mintal, organul de urmărire penală comunică despre aceasta organelor locale de ocrotire a sănătății.

(5) Copia de pe ordonanța de trimitere a cauzei în instanța de judecată se înmânează reprezentantului legal al persoanei în privința căreia se efectuează procedura.

Articolul 496. Măsuri preparatorii pentru ședința de judecată

(1) Judecătorul căruia i-a fost repartizată cauza fixează data examinării ei în ședința de judecată, anunță pe procuror, apărător și reprezentantul legal al persoanei a cărei cauză urmează a fi judecată și dispune citarea martorilor, părții vătămate, iar dacă este necesar, și a expertului.

(2) Instanța are dreptul să dispună chemarea la ședința de judecată a persoanei a cărei cauză urmează să fie judecată în cazul în care caracterul și gradul de îmbolnăvire nu împiedică prezentarea ei în instanță.

Articolul 497. Judecarea cauzei

(1) Judecarea cauzelor trimise instanței în baza art.495 se face în ședință de judecată, potrivit dispozițiilor din Partea specială titl.II cap.I și III, cu participarea obligatorie a procurorului și apărătorului.

(2) La ședința de judecată trebuie să fie verificate probele care dovedesc că persoana în cauză a săvârșit sau nu fapta prejudiciabilă prevăzută de legea penală, ascultate concluziile experților asupra stării psihice a inculpatului și controlate alte circumstanțe care au importanță esențială pentru soluționarea chestiunii privind aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical.

(3) După terminarea cercetării judecătorești, instanța ascultă opiniile procurorului, părții vătămate, apărătorului și reprezentantului legal.

Articolul 498. Soluționarea cauzei de către instanța de judecată

(1) Instanța de judecată soluționează cauza prin sentință.

(2) La adoptarea sentinței, instanța trebuie să soluționeze următoarele chestiuni:

1) dacă a avut loc fapta prejudiciabilă prevăzută de legea penală;

2) dacă fapta aceasta a fost săvârșită de persoana cauză a căreia se judecă;

3) dacă această persoană a săvârșit fapta prejudiciabilă în stare de iresponsabilitate;

4) dacă, după săvârșirea infracțiunii, această persoană s-a îmbolnăvit de o boală psihică, care o face să nu-și dea seama de acțiunile sale sau să nu le poată dirija, și dacă această boală nu este o tulburare nervoasă temporară care cere doar suspendarea procesului;

5) dacă trebuie aplicată vreo măsură de constrângere cu caracter medical și care anume.

(3) La adoptarea sentinței, instanța, de asemenea, soluționează și chestiunile prevăzute în art.385 alin.(1) pct.10)-13) și 15).

Articolul 499. Sentința de aplicare a unor măsuri de constrângere cu caracter medical

(1) Dacă consideră dovedit faptul că persoana în cauză a săvârșit o faptă prejudiciabilă, prevăzută de legea penală, în stare de iresponsabilitate sau că această persoană, după ce a săvârșit infracțiunea, s-a îmbolnăvit de o boală psihică cronică, care o face să nu-și dea seama de acțiunile sale sau să nu le poată dirija, instanța de judecată adoptă, conform art.23 din Codul

penal, fie o sentință de absolvire a acestei persoane de pedeapsă sau, după caz, de răspundere penală, fie de liberare de pedeapsă și de aplicare față de ea a unor măsuri de constrângere cu caracter medical, indicînd care anume din ele trebuie aplicată, sau o sentință de încetare a procesului și de neaplicare a unor astfel de măsuri în cazurile cînd, prin caracterul faptei săvîrșite și starea sănătății sale, persoana nu prezintă pericol pentru societate și nu are nevoie de tratament forțat. În astfel de cazuri, instanța anunță despre bolnav organele de ocrotire a sănătății.

(2) Dacă găsește că starea de iresponsabilitate a persoanei a cărei cauză se judecă nu a fost dovedită sau că boala persoanei care a săvîrșit infracțiunea nu împiedică pedepsirea ei, instanța, prin sentință, clasează procedura privind aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical, restituind cauza procurorului pentru urmărirea penală în procedură generală.

(3) În cazul în care participarea persoanei la săvîrșirea infracțiunii nu a fost dovedită, precum și în cazul în care se constată circumstanțele prevăzute în art.285, instanța dă o sentință de încetare a procesului penal pe temeiurile constatate de ea, indiferent de existența și caracterul bolii persoanei, și anunță despre aceasta organele de ocrotire a sănătății.

(4) Prin sentința sa instanța rezolvă și chestiunile indicate în art.397.

Articolul 500. Atacarea sentinței de aplicare a măsurilor de constrângere cu caracter medical

Sentința instanței de judecată privind aplicarea măsurilor de constrângere cu caracter medical poate fi atacată cu apel sau, după caz, cu recurs în instanța de judecată ierarhic superioară de către procuror, apărător, partea vătămată sau reprezentantul ei, reprezentantul persoanei a cărei cauză s-a judecat.

Articolul 501. Verificarea necesității de a aplica în continuare măsurile de constrângere cu caracter medical, încetare sau schimbarea lor

(1) Instanța de judecată periodic, dar nu mai rar de o dată la 6 luni, verifică necesitatea continuării aplicării măsurilor de constrângere cu caracter medical.

(2) Dacă, în urma însănătoșirii persoanei care a fost declarată iresponsabilă sau în urma ameliorării stării sănătății ei, nu mai este necesar de a se aplica în continuare măsura de constrângere cu caracter medical dispusă anterior, instanța de judecată, la propunerea medicului-șef al organului de ocrotire a sănătății, căruia îi este subordonată instituția medicală unde este deținută persoana dată, propunere bazată pe avizul unei comisii medicale, examinează, în conformitate cu art.469-471, chestiunea încetării ori schimbării măsurii de constrângere cu caracter medical.

(3) Dispozițiile alin.(1) și (2) se aplică și față de persoana care, după săvîrșirea infracțiunii, s-a îmbolnăvit de o boală psihică cronică dacă această persoană, în urma ameliorării ce s-a produs în starea sănătății ei, nu mai are nevoie de măsurile de constrângere cu caracter medical, cu toate că rămîne alienată mintal.

(4) Cererea de verificare, încetare sau schimbare a măsurilor de constrângere cu caracter medical o poate depune persoana care a fost declarată iresponsabilă, rudele ei apropiate, precum și alte persoane interesate. În cazurile acestea, instanța cere de la organele respective de ocrotire a sănătății aviz motivat referitor la starea sănătății persoanei în privința căreia s-a depus cererea.

(5) Chestiunile menționate în acest articol se soluționează de instanța care a dat încheierea de aplicare a măsurii de constrângere cu caracter medical sau de instanța de la locul unde se aplică

această măsură, în condițiile prevăzute în art.470 și 471.

Articolul 502. Redeschiderea procesului în privința persoanei față de care s-a aplicat o măsură de constrângere cu caracter medical

(1) Dacă persoana în privința căreia s-a aplicat o măsură de constrângere cu caracter medical, pe motiv că după săvârșirea infracțiunii s-a îmbolnăvit de o boală psihică, se va însănătoși, faptul acesta fiind constatat de o comisie medicală, instanța de judecată, pe baza avizului instituției medicale, dă, potrivit art.469-471, o încheiere de revocare a măsurii de constrângere cu caracter medical și soluționează chestiunile privind trimiterea dosarului către procuror pentru continuarea urmăririi penale sau, după caz, instanței respective pentru judecarea cauzei.

(2) Timpul aflării în instituția medicală se include în termenul pedepsei.

Articolul 503. Tratamentul forțat al persoanelor care suferă de alcoolism cronic sau narcomanie

(1) Dacă inculpatul suferă de alcoolism cronic sau narcomanie și infracțiunea săvârșită de el are legătură cu această circumstanță, instanța de judecată, pe lângă pedeapsa pentru infracțiunea săvârșită, poate, în condițiile art.103 din Codul penal, dispune aplicarea unui tratament forțat.

(2) Încetarea tratamentului forțat se dispune, la propunerea instituției medicale respective, de instanța care a pronunțat sentința cu privire la tratamentul forțat sau de instanța în raza teritorială a căreia se află locul unde se aplică această măsură.

Tema 4

Expertiza psihiatrică legală în procesul civil

- 1. Noțiuni de capacitate psihică și capacitate juridică**
- 2. Temeiurile pentru declararea incapacității**
- 3. Noțiune de tutelă**
- 4. Expertiza capacității de a încheia tranzacții juridice**
- 5. Capacitatea testamentară**
- 6. Alte întrebări rezolvate în cadrul expertizei**

Noțiune specifică teoriei și practicii medico-legale psihiatrice, *capacitatea psihică reprezintă posibilitatea sau facultatea funcțiilor psihice elementare și de sinteză de a acționa corect și adecvat în raport cu obiectele, fenomenele și categoriile mediului înconjurător în scopul adaptării suplă și armonioase a individului la mediu.* Capacitatea psihică este o noțiune abstractă ca și responsabilitatea, desemnând o proprietate a psihicului uman și caracterizând subiectul din punct de vedere al integrității și unității sale cognitive, afectiv-volitivă, axiologice și etico-morale. Fără să fie o funcție a psihismului în sensul psihologic al cuvântului, ea exprimă functionalitatea psihismului în totalitatea lui și în raporturile sale complexe cu mediul. Capacitatea psihică este, așadar, potențialitatea adaptivă implicită a psihismului normal,

corespunzator dezvoltat, constituind premiza obligatorie a responsabilității și cadrul psihologic general al discernământului.

Capacitatea psihică determină și categoriile juridice de vinovație, capacitate de exercițiu și capacitate de raspundere. Are o semnificație dinamică și integratoare, operaționând și specificând necesităților de fundamentare teoretică și acele de aplicabilitate practică ale expertizei medico-legale psihiatrice, ea permițând implementarea în acest domeniu interdisciplinar al cuvântului global a personalității la nivelul cel mai general de integrare, care este adaptarea la impactul cu mediul, societatea dar și prin prisma funcționării intrinseci a personalității la nivelul funcțiilor sale fundamentale elementare și de sinteză.

Capacitatea psihică reprezintă conținutul psihologic, medical al conceptului de responsabilitate și a carui condiție este.

Capacitatea psihică și responsabilitatea nu sunt concepte similare și nici echivalente, responsabilitatea fiind cuprinsă în capacitatea psihică, dar ele reprezintă două incidente diferite, juridică și psihologică, ale unuia și aceleiași realități psiho-sociale psihismul și persoana umană antrenată într-o acțiune ilicită.

Capacitatea psihică conferă o dimensiune explicită și un cadru concret criteriului medical al responsabilității, discernământul.

În cazul adultului, capacitatea psihică se va caracteriza prin normalitatea proceselor și funcțiilor psihice. Procesele cognitive pot fi exprimate prin concordanța vârstei mintale cu cea cronologică conform baremelor admise.

Comportamental, integritatea capacității psihice este relevată prin absența manifestărilor clinice de boală. Din punct de vedere cognitiv se accepta o capacitate psihică redusă sau limitată. În cazul nedezvoltărilor în medii din oligofrenii (nivel reprezentat de obicei prin IQ) și de asemenea, se mai accepta în situația deteriorărilor psihice simptomatice datorate unor cauze organice (reprezentat psihometric prin indici de deteriorare organică).

Incapacitatea psihică din toate tulburările care afectează nivelul de vigilență al conștiinței (toate tulburările de tip cantitativ cât și calitativ), afecțiunile psihotice care distorsionează perceperea și interpretarea realității prin modalitatea halucinator delirantă.

Putem vorbi de existența capacității psihice la minorul de 14 ani, vârstă admisă convențional pentru apariția discernământului. În intervalul 14-16 ani existența discernământului va fi afirmată doar dacă se va constata prin expertiză, ceea ce înseamnă că existența capacității psihice (și deci a discernământului) nu este postulată pentru acest interval de vârstă.

Justificarea științifică a acestui articol de lege corespunde unei realități biologice fundamentale, aceea a variabilității fenomenelor lumii vii, stabilirea unor intervale convențional admise ale domeniului medico-legal al minoratului (14-16 ani și 16-18 ani) corespunzând unei necesare individualizări a aprecierii medico-legale psihiatrice a capacității psihice și a discernământului.

Condiția medico-psihologică a responsabilității este integritatea capacității psihice, ceea ce conferă persoanei în stare de deplină capacitate psihică atât capacitatea de exercițiu cât și capacitatea de raspundere.

PERSOANA FIZICĂ

Articolul 17. Noțiunea de persoană fizică

Persoană fizică este omul, privit individual, ca titular de drepturi și de obligații civile.

Articolul 18. Capacitatea de folosință a persoanei fizice

(1) Capacitatea de a avea drepturi și obligații civile (capacitatea de folosință) se recunoaște în egală măsură tuturor persoanelor fizice.

(2) Capacitatea de folosință a persoanei fizice apare în momentul nașterii și încetează o dată cu moartea.

(3) Dreptul la moștenire a persoanei fizice apare la concepțiune dacă se naște vie.

Articolul 19. Capacitatea de exercițiu a persoanei fizice

Capacitate de exercițiu este aptitudinea persoanei de a dobândi prin fapta proprie și de a exercita drepturi civile, de a-și asuma personal obligații civile și de a le executa.

Articolul 20. Capacitatea deplină de exercițiu a persoanei fizice

(1) Capacitatea deplină de exercițiu începe la data când persoana fizică devine majoră, adică la împlinirea vârstei de 18 ani.

(2) Minorul dobândește prin căsătorie capacitate deplină de exercițiu. Desfacerea căsătoriei nu afectează capacitatea deplină de exercițiu a minorului. În cazul declarării nulității căsătoriei, instanța de judecată îl poate lipsi pe soțul minor de capacitatea deplină de exercițiu din momentul stabilit de ea.

(3) Minorul care a atins vârsta de 16 ani poate fi recunoscut ca având capacitate de exercițiu deplină dacă lucrează în baza unui contract de muncă sau, cu acordul părinților, adoptatorilor sau curatorului, practică activitate de întreprinzător. Atribuirea capacității depline de exercițiu unui minor (emancipare) se efectuează prin hotărâre a autorității tutelare, cu acordul ambilor părinți, adoptatorilor sau curatorului, iar în lipsa unui astfel de acord, prin hotărâre judecătorească.

Articolul 21. Capacitatea de exercițiu a minorului care a împlinit vârsta de 14 ani

(1) Minorul care a împlinit vârsta de 14 ani încheie acte juridice cu încuviințarea părinților, adoptatorilor sau a curatorului, iar în cazurile prevăzute de lege, și cu încuviințarea autorității tutelare.

(2) Minorul care a împlinit vârsta de 14 ani are dreptul fără consimțământul părinților, adoptatorilor sau al curatorului:

- a) să dispună de salariu, bursă sau de alte venituri rezultate din activități proprii;
- b) să exercite dreptul de autor asupra unei lucrări științifice, literare sau de artă, asupra unei invenții sau unui alt rezultat al activității intelectuale apărute de lege;
- c) să facă depuneri în instituțiile financiare și să dispună de aceste depuneri în conformitate cu legea;
- d) să încheie actele juridice prevăzute la art.22 alin.(2).

(3) Din motive întemeiate minorul poate fi limitat de instanța de judecată, la cererea părinților, adoptatorilor sau a curatorului ori a autorității tutelare, în drepturile prevăzute la alin.(2) lit.a) și b).

(4) Minorul care a împlinit vârsta de 16 ani poate deveni membru de cooperativă.

Articolul 22. Capacitatea de exercițiu a minorului care nu a împlinit vârsta de 14 ani

(1) Toate actele juridice pentru și în numele minorului pînă la împlinirea vârstei de 14 ani pot fi încheiate doar de părinți, adoptatori sau tutore, în condițiile prevăzute de lege.

(2) Minorul în vîrstă de la 7 la 14 ani este în drept să încheie de sine stătător:

- a) acte juridice curente de mică valoare care se execută la momentul încheierii lor;

b) acte juridice de obținere gratuită a unor beneficii care nu necesită autentificare notarială sau înregistrarea de stat a drepturilor apărute în temeiul lor;

c) acte de conservare.

Articolul 23. Inadmisibilitatea lipirii și limitării capacității de folosință și de exercițiu

(1) Capacitatea civilă este recunoscută în măsură egală tuturor persoanelor, indiferent de rasă, naționalitate, origine etnică, limbă, religie, sex, opinie, apartenență politică, avere, origine socială, grad de cultură sau de alte criterii similare.

(2) Persoana fizică nu poate fi lipsită de capacitate de folosință.

(3) Nimeni nu poate fi limitat în capacitate de folosință și în capacitate de exercițiu decât în cazul și în modul prevăzut de lege.

(4) Renunțarea totală sau parțială a unei persoane fizice la capacitatea de folosință sau la capacitatea de exercițiu, alte acte juridice îndreptate spre limitarea persoanei în capacitatea de folosință sau de exercițiu sînt nule.

Articolul 24. Declararea incapacității persoanei fizice

(1) Persoana care în urma unei tulburări psihice (boli mintale sau deficiențe mintale) nu poate conștientiza sau dirija acțiunile sale poate fi declarată de către instanța de judecată ca incapabilă. Asupra ei se instituie tutela.

(2) Actele juridice în numele persoanei fizice declarate incapabile se încheie de către tutore.

(3) Dacă temeiurile în care persoana fizică a fost declarată incapabilă au dispărut, instanța de judecată o declară ca fiind capabilă. În baza hotărîrii judecătorești, tutela asupra persoanei se anulează.

Articolul 25. Limitarea persoanei fizice în capacitatea de exercițiu

(1) Persoana care, în urma consumului abuziv de alcool sau consumului de droguri și de alte substanțe psihotrope, înrăutățește starea materială a familiei sale poate fi limitată de către instanța de judecată în capacitatea de exercițiu. Asupra acestei persoane se instituie curatela.

(2) Persoana indicată la alin.(1) are dreptul să încheie acte juridice cu privire la dispunerea de patrimoniu, să primească și să dispună de salariu, de pensie sau de alte tipuri de venituri doar cu acordul curatorului.

(3) Dacă au dispărut temeiurile în care persoana fizică a fost limitată în capacitatea de exercițiu, instanța de judecată anulează limitarea. În baza hotărîrii judecătorești, curatela asupra ei se anulează.

Articolul 33. Tutela

(1) Tutela se instituie asupra persoanelor lipsite de capacitate de exercițiu și asupra minorilor în vîrstă de pînă la 14 ani, după caz.

(2) Tutorele este reprezentantul legal al persoanei care se află sub tutelă și încheie fără mandat în numele și în interesul ei actele juridice necesare.

Articolul 34. Curatela

(1) Curatela se instituie asupra minorilor în vîrstă de la 14 la 18 ani, precum și asupra persoanelor fizice limitate în capacitate de exercițiu de către instanța de judecată din cauza consumului abuziv de alcool, consumului de droguri și de alte substanțe psihotrope.

(2) Curatorul își dă consimțămîntul la încheierea actelor juridice pe care persoana fizică ce se află sub curatelă nu are dreptul să le încheie de sine stătător.

(3) Curatorul ajută persoana care se află sub curatelă în realizarea drepturilor și îndeplinirea obligațiilor și o protejează împotriva abuzurilor unor terți.

Articolul 222. Nulitatea actului juridic încheiat de o persoană fără capacitate de exercițiu

(1) Actul juridic încheiat de o persoană fără capacitate de exercițiu este nul.

(2) Persoana cu capacitate de exercițiu deplină este obligată să repare prejudiciul cauzat celeilalte părți prin încheierea actului juridic nul dacă se demonstrează că a știut sau trebuia să știe că cealaltă parte nu are capacitate de exercițiu.

Articolul 223. Nulitatea actului juridic încheiat de un minor în vîrstă de la 7 la 14 ani

(1) Actele juridice încheiate de un minor în vîrstă de la 7 la 14 ani, cu excepția celor stipulate la art.22 alin.(2), sînt nule.

(2) Persoana cu capacitate de exercițiu deplină este obligată să repare prejudiciul cauzat minorului dacă nu demonstrează că nu a știut și nu trebuia să știe că cealaltă parte nu are capacitatea de exercițiu necesară încheierii actului juridic.

Articolul 224. Nulitatea actului juridic încheiat de un minor în vîrstă de la 14 la 18 ani sau de o persoană limitată în capacitatea de exercițiu

(1) Actul juridic încheiat de un minor în vîrstă de la 14 la 18 ani sau de o persoană limitată în capacitatea de exercițiu fără acordul părinților, adoptatorilor sau al curatorului, dacă acest acord este cerut de lege, poate fi declarat nul de instanța de judecată, la cererea părinților, adoptatorilor sau a curatorului.

(2) Persoana cu capacitate de exercițiu deplină este obligată să repare prejudiciul cauzat celeilalte părți dacă se demonstrează că a știut sau trebuia să știe că cealaltă parte nu are capacitatea de exercițiu necesară încheierii actului juridic.

Articolul 225. Nulitatea actului juridic încheiat de o persoană fără discernămint sau care nu își putea dirija acțiunile

Actul juridic încheiat de o persoană cu capacitate de exercițiu deplină într-un moment în care nu putea să conștientizeze acțiunile sale ori să le dirijeze poate fi declarat nul de instanța de judecată.

Articolul 279. Pricinile examinate în procedură specială

(1) Instanța judecătorească examinează în procedură specială pricini cu privire la:

- a) constatarea faptelor care au valoare juridică;
- b) încuviințarea adopției;
- c) declararea capacității depline de exercițiu minorului (emanciparea);
- d) declararea persoanei dispărută fără urmă sau decedată;
- e) limitarea în capacitatea de exercițiu sau declararea incapacității;
- f) încuviințarea spitalizării forțate și tratamentului forțat;
- g) încuviințarea examenului psihiatric sau spitalizării în staționarul de psihiatrie;
- g¹) aplicarea măsurilor de protecție în cazurile de violență în familie;
- h) restabilirea în drepturile ce izvorăsc din titlurile de valoare la purtător și din titlurile de valoare la ordin pierdute (procedura de chemare);
- i) declararea fără stăpîn a unui bun mobil și declararea dreptului de proprietate

municipală asupra unui bun imobil fără stăpîn;

j) constatarea inexactității înscrierilor în registrele de stare civilă;

k) reconstituirea procedurii judiciare pierdute (procedura de reconstituire).

(2) Instanțelor judecătorești le pot fi atribuite prin lege spre examinare în procedură specială și alte categorii de pricini.

Articolul 280. Examinarea pricinilor în procedură specială

(1) În procedură specială, pricinile se examinează de instanțele judecătorești după regulile de examinare a acțiunilor civile, cu excepțiile și completările stabilite în prezentul cod la cap.XXIII-XXXIV și în alte legi.

(2) În procedură specială, instanța examinează pricinile cu participarea petiționarului, altor persoane interesate, precum și a reprezentanților organizațiilor.

(3) Dacă, la depunerea cererii sau la examinarea pricinii în procedură specială, se constată un litigiu de drept ce ține de competența instanțelor judecătorești, instanța scoate cererea de pe rol printr-o încheiere și explică petiționarului și persoanelor interesate dreptul lor de a soluționa litigiul în procedură de acțiune civilă la instanța competentă.

(4) Taxa de stat plătită deja de petiționar în procedură specială se ia în calcul la încasarea taxei și la repartizarea cheltuielilor de soluționare a litigiului în procedură.

Capitolul XXVIII

LIMITAREA ÎN CAPACITATEA DE EXERCİȚIU SAU DECLARAREA INCAPACITĂȚII

Articolul 302. Depunerea cererii

(1) Procesul privind limitarea persoanei în capacitatea de exercițiu din cauza consumului abuziv de alcool sau consumului de droguri și de alte substanțe psihotrope, prin care fapt se agravează situația materială a familiei, poate fi pornit la cererea membrilor ei de familie, a procurorului sau a organului de tutelă și curatelă.

(2) Procesul privind declararea incapacității persoanei din cauza unei tulburări psihice (boli mintale sau deficiențe mintale) poate fi pornit la cererea membrilor ei de familie, a rudelor apropiate (părinți, copii, frați, surori, bunei), indiferent de faptul că domiciliază ori nu în comun cu aceasta, sau la solicitarea organului de tutelă și curatelă, a instituției de psihiatrie (psihoneurologie), a procurorului.

(3) Cererea de limitare a persoanei în capacitatea de exercițiu sau de declarare a incapacității ei se depune la instanța judecătorească de la domiciliul acesteia, iar dacă persoana este internată într-o instituție medicală de psihiatrie (psihoneurologie), la instanța de la locul de aflare a instituției.

Articolul 303. Cuprinsul cererii

(1) În cererea de limitare a persoanei în capacitatea de exercițiu se vor expune circumstanțele care adeveresc că aceasta face abuz de băuturi alcoolice sau consumă droguri sau alte substanțe psihotrope, înrăutățind starea materială a familiei sale.

(2) În cererea de declarare a incapacității persoanei se expun circumstanțele care adeveresc că aceasta suferă de o tulburare psihică în urma căreia nu poate conștientiza ori dirija acțiunile sale.

Articolul 304. Desemnarea avocatului

(1) Dacă, după pornirea procesului privind limitarea persoanei în capacitatea de exercițiu sau declararea incapacității ei, aceasta nu este asistată în judecată de avocat, pentru apărarea intereselor ei în proces judecătorul solicită coordonatorului oficiului teritorial al Consiliului Național pentru Asistență Juridică Garantată de Stat desemnarea unui avocat, care va dispune de împuternicirile unui reprezentant legal.

(2) În conformitate cu legislația privind asistența juridică garantată de stat, asistența juridică în

cazul consemnat la alin.(1) se acordă gratuit.

Articolul 305. Ordonarea expertizei de constatare a stării psihice

(1) În cazul în care există date suficiente prin care se constată tulburări psihice (persoana este retardată, a suferit traumatisme care ar provoca tulburări psihice, se află în evidență la medicul psihiatru, a urmat tratamente în spitalul de psihiatrie, în privința ei a fost pronunțată o sentință de absolvire de răspundere penală și de internare forțată în spitalul de psihiatrie, există alte date ce confirmă o conduită neadecvată), judecătorul, în pregătirea pricinii către dezbateri judiciare, ordonă efectuarea unei expertize psihiatrice.

(2) Dacă persoana în a cărei privință este pornit un proces de declarare a incapacității de exercițiu se eschivează în mod vădit de la expertiză, instanța poate pronunța, în ședință de judecată, cu participarea medicului psihiatru, o încheiere privind trimiterea forțată a persoanei la expertiză psihiatrică.

(3) Încheierea instanței privind trimiterea forțată la expertiză psihiatrică nu poate fi atacată cu recurs.

Articolul 306. Examinarea cererii

(1) Examinarea în instanță a cererii de limitare a persoanei în capacitatea de exercițiu are loc în prezența acesteia dacă sănătatea îi permite, a petiționarului și a reprezentantului organului de tutelă și curatelă.

(2) Examinarea cererii de declarare a incapacității de exercițiu a persoanei are loc cu participarea obligatorie a reprezentantului organului de tutelă și curatelă și a petiționarului. Problema citării persoanei se soluționează în fiecare caz, în funcție de starea sănătății ei.

(3) Petiționarul este scutit de plata cheltuielilor aferente judecării pricinii privind limitarea persoanei în capacitatea de exercițiu sau declararea incapacității ei.

(4) Dacă se constată că membrii ei de familie care au depus cerere de limitare a capacității de exercițiu sau de declarare a incapacității ei au acționat cu rea-credință, instanța îi va obliga la plata tuturor cheltuielilor de judecată și la reparația prejudiciului cauzat astfel.

Articolul 307. Hotărîrea judecătorească

(1) Instanța judecătorească pronunță o hotărîre de respingere a cererii în cazul în care constată lipsa temeiurilor pentru limitarea persoanei în capacitatea de exercițiu sau pentru declararea incapacității ei.

(2) Hotărîrea judecătorească prin care persoana este limitată în capacitatea de exercițiu constituie un temei pentru ca organul de tutelă și curatelă să-i numească un curator. În hotărîre se va menționa activitățile și actele juridice în a căror efectuare persoana este limitată în capacitatea de exercițiu.

(3) Hotărîrea judecătorească prin care persoana este declarată incapabilă servește temei pentru ca organul de tutelă și curatelă să-i numească un tutore.

Articolul 308. Anularea limitării capacității de exercițiu și declararea capacității

(1) În cazul prevăzut la art.25 alin.(3) din Codul civil, instanța judecătorească, la cererea persoanei, a membrilor ei de familie sau a curatorului, a organului de tutelă și curatelă, a dispensarului de psihiatrie, intenționează un proces și pronunță o hotărîre prin care anulează limitarea persoanei în capacitatea de exercițiu. În temeiul acestei hotărîri, curatela instituită asupra persoanei se anulează.

(2) În cazul prevăzut la art.24 alin.(3) din Codul civil, instanța, la cererea tutorelui, a membrilor de familie a persoanei, a instituției de psihiatrie (psihoneurologie), a organului de tutelă și curatelă, a procurorului și în baza raportului de expertiză psihiatrică legală, pornește un proces și emite o hotărîre prin care declară capabilă persoana însănătoșită. În temeiul acestei hotărîri, tutela instituită asupra persoanei se anulează.

Capitolul XXIX
ÎNCUVIINȚAREA SPITALIZĂRII FORȚATE
ȘI TRATAMENTULUI FORȚAT

Articolul 309. Depunerea cererii

(1) În cazul în care, conform legii, se admite spitalizarea forțată și tratamentul forțat al persoanei în temeiul unei hotărâri judecătorești, cererea se depune de o instituție medico-sanitară la instanța de la domiciliul persoanei sau de la locul ei de aflare.

(2) În cererea de spitalizare forțată și tratament forțat se consemnează legitimitatea acestor măsuri. La cerere se anexează avizul comisiei medicale a instituției medico-sanitare asupra necesității spitalizării forțate și tratamentului forțat.

Articolul 310. Examinarea cererii

(1) Instanța judecătorească examinează, în 3 zile de la data depunerii, cererea de spitalizare forțată și tratament forțat.

(2) Participarea în ședință de judecată a persoanei a cărei spitalizare se solicită și a reprezentantului instituției medico-sanitare din a cărei inițiativă a fost pornit procesul este obligatorie.

(3) În cazul în care se eschivează de a se prezenta în judecată, persoana este adusă forțat în temeiul unei încheieri judecătorești, care nu poate fi atacată cu recurs.

(4) Examinarea pricinii privind spitalizarea forțată și tratamentul forțat al persoanei are loc în absența ei dacă sănătatea nu-i permite să se prezinte în ședință de judecată.

Articolul 311. Hotărîrea judecătorească

(1) După ce examinează cererea în fond, instanța judecătorească pronunță o hotărîre motivată prin care admite sau respinge cererea de spitalizare forțată și tratament forțat.

(2) Hotărîrea prin care s-a admis cererea constituie temeiul spitalizării forțate și tratamentului forțat al persoanei pe parcursul termenului stabilit de lege.

Capitolul XXX
ÎNCUVIINȚAREA EXAMENULUI PSIHIATRIC SAU
SPITALIZĂRII ÎN STAȚIONARUL DE PSIHIATRIE

Articolul 312. Depunerea cererii

(1) Cererea de efectuare a examenului psihiatric fără liberul consimțământ al persoanei sau al reprezentantului ei legal se depune la instanța judecătorească de la domiciliul acesteia.

(2) Cererea de spitalizare în staționarul de psihiatrie fără liberul consimțământ al persoanei sau al reprezentantului ei legal se depune la instanța de la locul de aflare a staționarului de psihiatrie în care este spitalizată persoana.

(3) Instanța pornește procesul privind încuviințarea examenului psihiatric fără liberul consimțământ la cererea medicului psihiatru. Cererea de spitalizare în staționarul de psihiatrie fără liberul consimțământ se depune în instanță de către instituția de psihiatrie în care este spitalizată persoana.

Articolul 313. Cuprinsul cererii

(1) În cererea de efectuare a examenului psihiatric fără liberul consimțământ al persoanei sau al reprezentantului ei legal se expun circumstanțele care demonstrează necesitatea efectuării examenului psihiatric. La cererea adresată instanței judecătorești se anexează în mod obligatoriu avizul scris al medicului psihiatru și, după caz, alte materiale, inclusiv demersul, adresat medicului psihiatru de rudele persoanei sau de orice medic, de factorii de decizie ori de alte persoane, care confirmă necesitatea unui astfel de examen.

(2) În cererea de spitalizare în staționarul de psihiatrie fără liberul consimțământ al persoanei sau al reprezentantului ei legal trebuie să se indice legitimitatea spitalizării și circumstanțele care demonstrează conduita neadecvată a acesteia. La cerere se anexează avizul argumentat al comisiei de medici psihiatri, încheiat în modul stabilit, asupra necesității persoanei de a se afla mai departe în staționarul de psihiatrie.

Articolul 314. Termenul de depunere a cererii
de spitalizare

(1) Cererea de spitalizare în staționarul de psihiatrie fără liberul consimțământ al persoanei se depune în cel mai scurt timp posibil, dar nu mai târziu de 72 de ore din momentul internării ei în staționar.

(2) Judecătorul prelungeste, printr-o încheiere, termenul de aflare a persoanei în staționarul de psihiatrie, luînd în considerare timpul necesar examinării cererii în judecată.

Articolul 315. Examinarea cererii

(1) Cererea de efectuare a examenului psihiatric sau de spitalizare în staționarul de psihiatrie fără liberul consimțământ se examinează de judecător în decursul a 5 zile de la data pornirii procesului.

(2) Instanța judecătorească examinează cererea de efectuare a examenului psihiatric fără liberul consimțământ cu participarea medicului psihiatru care a depus cererea, a reprezentantului legal al persoanei și a altor persoane interesate. Persoana a cărei stare psihică se cere constatată este în drept să participe la examinarea pricinii dacă medicul psihiatru consideră că sănătatea îi permite.

(3) Cererea de spitalizare în staționarul de psihiatrie fără liberul consimțământ se examinează de instanță în termen de 5 zile de la pornirea procesului. Ședința de judecată are loc în localul instanței judecătorești. Persoana spitalizată în staționarul de psihiatrie fără liberul ei consimțământ este în drept să participe la soluționarea pricinii dacă reprezentantul instituției de psihiatrie constată că sănătatea îi permite.

(4) Examinarea cererii de spitalizare în staționarul de psihiatrie fără liberul consimțământ are loc în ședință de judecată cu participarea obligatorie a reprezentantului staționarului de psihiatrie care solicită spitalizarea și a reprezentantului legal al persoanei a cărei spitalizare se cere.

Articolul 316. Desemnarea avocatului

(1) Dacă persoana a cărei spitalizare în staționarul de psihiatrie se cere nu este reprezentată în judecată de avocat, judecătorul solicită coordonatorului oficiului teritorial al Consiliului Național pentru Asistență Juridică Garantată de Stat desemnarea unui avocat pentru a-i apăra interesele.

(2) În conformitate cu legislația privind asistența juridică garantată de stat, asistența juridică în cazul consemnat la alin.(1) se acordă gratuit.

Articolul 317. Hotărîrea judecătorească

(1) După ce examinează în fond cererea de efectuare a examenului psihiatric sau de spitalizare în staționarul de psihiatrie fără liberul consimțământ, instanța judecătorească emite o hotărîre prin care admite sau respinge cererea.

(2) Hotărîrea judecătorească prin care se admite cererea de efectuare a examenului psihiatric

constituie temeiul efectuării examenului psihiatric fără liberul consimțământ al persoanei sau al reprezentantului ei legal. Hotărîrea judecătorească poate fi atacată în modul stabilit de prezentul cod.

(3) Hotărîrea judecătorească prin care se admite cererea de spitalizare în staționarul de psihiatrie fără liberul consimțământ al persoanei sau al reprezentantului ei legal constituie temeiul spitalizării și tratamentului persoanei în staționarul de psihiatrie pe un termen stabilit de lege. Hotărîrea judecătorească poate fi atacată în modul stabilit de prezentul cod.

(4) Dacă se constată că cel la a cărui insistență a fost pornit procesul privind încuviințarea examenului psihiatric sau spitalizării în staționarul de psihiatrie fără liberul consimțământ a acționat cu rea-credință, instanța îl va obliga la plata tuturor cheltuielilor de judecată și la reparația prejudiciului cauzat astfel.

Articolul 318. Externarea înainte de termen.

Prelungirea spitalizării

În baza avizului comisiei de medici psihiatri, încheiat în modul stabilit, instanța judecătorească de la locul de aflare a staționarului de psihiatrie examinează cererea administrației acestuia privind externarea înainte de termen sau prelungirea spitalizării.

Tema 5

Noțiunile de dereglare psihică și boală psihică în psihiatria contemporană și în aspect psihiatrico-legal. Noțiuni elementare de psihopatologie generală

- 1. Noțiune de tulburare psihică. Criteriile de boală și sănătate în medicină și în psihiatrie în particular. Criteriile de sănătate psihică elaborate de OMS**
- 2. Cauzele apariției maladiilor psihice**
- 3. Clasificare contemporană a maladiilor psihice**
- 4. Diagnosticul maladiilor psihice**
- 5. Noțiune de simptom și sindrom**
- 6. Tulburările de percepție**
- 7. Tulburările de gândire**
- 8. Tulburările de memorie**
- 9. Tulburările emoționale și volitive**
- 10. Tulburările de conștiință**
- 11. Sindroamele principale în psihiatrie**

În general, boala poate fi în mod simplu definită ca absență a stării de sănătate. Delimitarea manifestărilor psihice morbide de starea "normală" nu este ușoară, întrucât fiecare boală psihică are un aspect individual și social, determinat de personalitatea și de experiențele de viață subiective ale fiecărui pacient în parte. Pentru abordarea unei definiții se ține seama de o serie de factori: raritatea statistică, reacțiile inadecvate, starea de suferință, lezarea normelor sociale etc. În cazul reunirii unor criterii stabilite în diverse sisteme de clasificare, se poate lua în considerare existența unei boli sau a unei tulburări de comportament. Pentru afirmarea cu mare probabilitate a unei diagnose este însă necesară o anamneză amănunțită, precum și un diagnostic diferențial, pentru a elimina alte eventuale boli sau stări morbide. Diagnoza permite apoi alegerea unui model terapeutic.

Simptome și sindroame psihopatologice

Simptomele (semnele și manifestările morbide) și sindroamele (complex de semne și simptome) psihopatologice constituie un instrumentar important pentru diagnosticul psihiatric.

Sistematizarea simptomelor psihopatologice

după sistemul AMPD ("*Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie*"), adoptat internațional:

- Tulburări ale stării de conștiință (starea de vigilitate, ritmul somn-veghe)
- Tulburări de orientare (în timp, spațiu, situative, în raport cu sine însuși sau cu alte persoane)
- Tulburări de percepție (iluzii, halucinații)
- Tulburări de înțelegere (aperceptive)
- Tulburări de atenție (deficit, fluctuații)
- Tulburări de memorie (amnezii, paramnezii)
- Tulburări formale ale cursului gândirii (inhibiție sau blocaj, fugă de idei, incoerență, perseverări)
- Tulburări de conținut ale gândirii (idei obsesive, idei delirante)
- Tulburări afective (ale dispoziției: depresive, euforice, anxioasă, indiferentă, și ale emotivității: ambivalență afectivă, frică patologică)
- Tulburări ale voinței (ale nivelului pulsional: reacții explozive, piromania, cleptomania, impulsii sexuale patologice etc.)
- Tulburări ale personalității (depersonalizare, derealizare)

Sindroame psihopatologice

- Sindrom anxios (inclusiv atacul de panică)
- Sindrom obsesivo-fobic (sindrom anancastic)
- Sindrom hipocondric
- Sindrom depresiv
- Sindrom maniacal
- Sindrom de depersonalizare-derealizare
- Sindrom de transparență-influență
- Sindrom delirant-halucinator
- Sindrom akinetic-abulic
- Sindrom autistic
- Sindrom catatonie
- Sindrom paranoic
- Sindrom amenzial
- Sindrom demential
- Sindrom oligofren
- Sindrom expansiv-confabulator
- Sindrom excito-motor
- Sindrom psiho-organic

Clasificarea bolilor mintale

Întrucât înțelegerea tulburărilor psihice este corelată cu o gamă largă de explicații asociate și etiologice, încercările de a face ordine în diversitatea acestor tulburări reflectă totdeauna concepțiile dominante specifice unei țări, unor autori sau unei școli psihologice, ceea ce - în mod necesar - duce la discuții controversate. În prezent, în aplicațiile clinice sau în cercetare, sunt adoptate două sisteme principale de clasificare:

- Sistemul **ICD-10** propus de Organizația Mondială a Sănătății (**WHO**), folosit pe scară mondială și

- Sistemul **DSM-IV** al "Asociației Psihiatrice Americane" (*American Psychiatric Association*), folosit mai ales în cercetarea psihologică sau psihiatrică.

În timp ce clasificările anterioare mai făceau încă diferențierea între nevroze și psihoze, în clasificările actuale aceste noțiuni nu mai apar, tulburările psihotice fiind interpretate cauzal ca având un substrat primar biologic, în timp ce așa ziselor nevroze li se atribuie o patogeneză psihogenă.

Sistemul ICD-10, capitolul V: Tulburări psihice și de comportament (F00-99)

(**ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**)

- F00-F09 Tulburări psihice cu substrat organic sau simptomatice.
- F10-F19 Tulburări psihice și de comportament prin substanțe psihotrope
- F20-F29 Schizofrenie, tulburări schizotipe și stări delirante
- F30-F39 Tulburări afective
- F40-F49 Tulburări nevrotice, somatoforme și cauzate prin *stress*
- F50-F59 Comportamente anormale asociate cu tulburări și factori corporali
- F60-F69 Tulburări ale personalității și de comportament la adulți
- F70-F79 Înapoiere mintală
- F80-F89 Tulburări în dezvoltarea psihică
- F90-F98 Tulburări de comportament și afective cu debut în copilărie sau adolescență
- F99 Tulburări psihice nespecificate

Sistemul DSM-IV

(**DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**), în prezent versiunea DSM-IV-TR, "Text Revision" efectuată în anul 2000.

Clasificarea DSM se bazează pe un "sistem multiaxial", care organizează diagnosticul psihiatric pe cinci nivele ("axe"), în concordanță cu diferitele aspecte ale tulburărilor și deficitelor psihice:

- * Axa I: Tulburări clinice, incluzând tulburările mintale majore, precum și tulburările de dezvoltare și de învățare
- * Axa II: Tulburări de înțelegere și ale personalității, precum și înapoierea mintală
- * Axa III: Stări patologice somatice care pot influența manifestările psihopatologice
- * Axa IV: Factori psihosociali și de mediu care contribuie la apariția tulburărilor psihice
- * Axa V: Evaluarea globală a funcțiilor psihice (cu un calificativ între 1 și 100)

În practica clinică un rol important îl joacă Axa I (care include depresia, anxietatea, tulburările bipolare, stările impulsive și schizofrenia) și Axa II (incluzând tulburările de graniță ale personalității, personalitățile schizotipe, antisociale, narcistice, precum și înapoierea mintală ușoară).

În general, sistemul DSM cuprinde 16 categorii diagnostice:

1. Tulburări care apar în copilărie sau adolescență
2. Tulburări induse de substanțe cu acțiune psihotropă
3. Schizofrenia și alte manifestări psihotice
4. Tulburări afective
5. Stări anxioase
6. Tulburări somatoforme
7. Tulburări disociative
8. Tulburări ale vieții sexuale și ale identității sexuale
9. Tulburări ale somnului
10. Tulburări ale alimentației
11. Tulburări simulate
12. Tulburări de adaptare
13. Tulburări în controlul impulselor
14. Tulburări ale personalității
15. Alte probleme cu relevanță clinică
16. Deliruri, demență și alte tulburări cognitive

Diagnosticul tulburărilor psihice

Pentru stabilirea diagnosticului unei boli psihice pe primul plan se situează explorarea psihiatrică, care include o anamneză minuțioasă - uneori întregită de relatările aparținătorilor - urmată de evaluarea stării psihice prezente. Acest procedeu furnizează informații asupra personalității și trăsăturilor de caracter ale pacientului, asupra relațiilor cu alte persoane și asupra experienței anterioare cu probleme psihiatrice. Unele metode diagnostice se bazează pe examenele întreprinse de alți specialiști, psihologii efectuează teste de inteligență și asupra structurii personalității, neurologii constată eventuala prezență a unor leziuni organice ale creierului. La acestea se adaugă investigații psihosociale, precum și utilizarea metodelor moderne de neuroimagică, examinări neurofiziologice și de genetică moleculară. Anumite endofenotipe pot predis pune - în condiții particulare - la apariția unor boli mintale.

Tulburările de percepție

Cadru general – Percepția este operația psihologică prin care noi cunoaștem prezenta actuală a unui obiect exterior prin intermediul modificărilor pe care acest obiect la imprimă organelor noastre senzoriale (A.Poirot).

Tulburările de percepție se pot prezenta sub următoarele aspecte:

- a) creșterea intensității perceptive de tipul hipersteziei,
- b) scăderea intensității percepției (hipostezie) sau pierderea sa totală (anestezia),
- c) prezenta unor false percepții sau a iluziilor,
- d) percepții fără obiect sau halucinații.

Descrierea tulburărilor de percepție

1) Hipersteziile

Hipersteziile reprezintă creșterea în intensitate a percepțiilor caracterizate prin faptul că bolnavul percepe excitațiile externe mai viu, mai intens decât în mod obișnuit. Starile de hiperstezie pot apărea în următoarele situații:

- a) stări de oboseală prelungită sau surmenaj;
- b) în stadiile de debut ale unor boli psihice;
- c) în perioada de instalare a unui sindrom confuzional;
- d) în stadiile prodromale ale unor boli infectioase;
- e) în cursul perioadelor de coalescență după bolile infectioase.

Tot în sfera hipersteziilor se mai situează și imaginile eidetice care sunt reprezentări foarte clare, aproape cu caracter perceptiv net, ale unor fenomene anterior percepute.

2) Hiposteziile

Hiposteziile constau în scăderea pragului sensibilității la acțiunea stimulilor externi. Ele sunt consemnate în următoarele circumstanțe:

- a) stări stuporoase;
- b) în cursul schizofreniei;
- c) în sindromul de depersonalizare și derealizare, din cursul afecțiunilor cerebrale.

3) Iluziile

Iluziile sunt false percepții la baza cărora se află un sistem senzorial real, care nu este perceput așa cum este el de fapt în realitate, ci în mod deformat.

După modalitatea lor perceptivă, iluziile pot fi de mai multe feluri:

a) iluzii vizuale, când forma și imaginea vizuală a obiectului apare complet schimbată. În această categorie intră și falsele recunoașteri, când bolnavul identifică anumite persoane cu altele, ca în cursul starilor confuzionale, în sindromul Korsakow, în demența senilă. O formă particulară o reprezintă "iluziile sosiilor" descrise de Capgras, care constau în atribuirea de către bolnav a aceleiași identități mai multor persoane care nu seamănă fizic între ele sau care se aseamănă foarte puțin. Aceste tipuri de iluzii sunt întâlnite în schizofrenia paranoidă, delirurile sistematizate halucinatorii, sindroame maniacale, sindroame depresive.

b) Iluzii auditive, constau în a identifica diferite zgomote sau sunete de altă natură

c) Iluzii gustative si olfactive, sunt mult mai rare ca frecventa si se diferentiaza destul de greu de halucinatiile sau interpretarile delirante.

d) Iluzii tactile sau cenestezice, privesc simtul extern si pe cel inter, vicerat, fiind iluzii raportate la propriul nostru corp.

e) Iluzii de transformarea ale schemei corporale sau a "imaginei de sine" sunt perceptii anormale ale imaginii propriului corp, total sau partial.

4) Halucinatiile

B. Balli defineste halucinatiile ca fiind "perceptii fara obiect". Spre deosebire de iluzii care sunt perceptii deformate ale unor obiecte existente in realitate, in cursul halucinatiilor, obiectul perceput lipseste din campul realitatii perceptiv, dar bolnavii sunt convinsi de existenta si veridicitatea acestuia.

Halucinatiile pot lua forme variate de manifestare psihopatologica.

Tipuri de halucinatii, dupa natura lor:

a) Halucinatiile propriu-zise, sau adevarate (absenta obiectului si convingerea bolnavului de realitate a acesteia);

b) Halucinozele, sunt tulburari de perceptie in cursul carora desi apar "obiecte reale", bolnavii recunosc ca formele percepute nu corespund realitatii;

c) Halucinatiile psihice sau pseudo-halucinatiile, sunt cele percepute pe cai senzoriale obisnuite si pe care bolnavul le situeaza in "creierul" sau in "interiorul sau" fara a le recunoaste o proiectie spatiala externa.

d) Halucinoidele sunt fenomene intermediare intre reprezentari si halucinatii, care apar fie in perioada de dezvoltare a halucinatiilor, fie in perioada de disparitie a acestora.

1) Halucinatii auditive, raportate la analizatorul auditiv, pot fi:

- halucinatii auditive elementare, acoasme, zgomote;
- halucinatii auditive comune, de tipul unor sunete precise;
- halucinatii auditive verbale reprezentate prin cuvinte, fraze, dialoguri;
- dupa continut, halucinatiile auditive pot fi: favorabile, nefavorabile, imperative, episodice, continue.

2) Halucinatii vizuale, sunt legate de perceptia patologica vizuala a unor obiecte absente din realitatea externa.

3) Halucinatii gustative si olfactive sunt mai rare ca frecventa.

4) Halucinatii tactile sau haptice, intereseaza analizatorul tactil-cutanat si sunt mai rare.

5) Halucinatii interoceptive si proprioceptive, intereseaza sfera viscerală sau genitală.

6) Halucinatii polisenzoriale, - se caracterizeaza prin asocierea mai multor modalitati de halucinatii prezente simultan la acelasi bolnav.

Tulburarile de vigilență și de somn

In cadrul acestei grupe de tulburari ale proceselor psihice sunt cuprinse urmatoarele aspecte: tulburarile de atentie, tulburarile de orientare, tulburarile de constiinta, tulburarile de somn si vis.

Tulburarile vietii instinctuale

Se considera instinctele ca fiind factorii care determina aparitia si orientarea (vectorizarea) comportamentului, acesta avand rol hatarator in procesul de supravietuire al speciei.

Instinctele sau trebuintele sunt activitati ale organismului indreptate spre satisfacerea nevoilor acestuia in vederea mentinerii si dezvoltarii vietii individuale. Ele se caracterizeaza prin:

- a) trebuinta instinctuala are intotdeauna un obiect;
- b) fiecare trebuinta capata un continut concret;
- c) una si aceeasi trebuinta are tendinta de a se repeta;
- d) dezvoltarea trebuintelor se realizeaza prin schimbarea modului de satisfacere.

E. Dupre distinge trei niveluri sau zone in sfera instinctelor:

- 1) instinctul de conservare

2) instinctul de reproducere;

3) instinctul de asociere.

Tulburarile instinctuale pot fi, in general, de trei categorii:

1) Tulburari in exces a manifestarilor instinctuale;

2) Tulburari in minus, sau diminuarea satisfacerii nevoilor instinctuale;

3) Pervertirea instinctelor - cu urmatoarele tipuri de tulburari:

a) perversiunea instinctului alimentar, prin deturnarea apetentelor de la alimentele comestibile catre obiecte sau produse necomestibile

b) perversiunea instinctului matern, manifestat prin abandonul copilului, aversiune fata de copil, refuzul de a-l ingriji, pruncucidere;

c) perversiunea instinctului de auto-conservare manifestat prin automutilari, sau suicid;

d) perversiuni ale instinctului sexual, vizand obiectul placerii sau modalitatea de a obtine placerea erotico-sexuala.

Tulburari de activitate

Activitatea este definita ca reprezentand ansamblul de manifestari psihomotorii ale unui individ orientat in vederea realizarii unui anumit scop propus.

In cazul tulburarilor de activitate se descriu mai multe grupe de manifestari:

1) Activitate de tip exagerat, manifestata prin agitatie, mobilitate mimica, logoree, ineficienta;

2) Activitate de tip diminuat – inhibitie, negativism, stupoare.

M.Dide si P.Guirand, descriu mai multe tipuri de manifestari psihopatologice in sfera activitatii, in special de factura motorie, ca dominanta, dar care sunt de regula asociate si cu alte forme de manifestari:

1) Enervarea- stare de excitatie brusca si tranzitorie, de scurta durata, alternand cu momente de inertie, motorie sau chiar imobilism;

2) Inhibitia motorie – se caracterizeaza prin diminuarea sau lentoarea activitatii motorii a bolnavului;

3) Bradikinezia este o diminuare a actelor motorii in ceea ce privete usurinta, fluiditatea si ritmul executiei;

4) Stupoarea motorie reprezinta suspendarea oricarei forme de activitati psihice;

5) Barajul este oprirea brusca in executarea miscarilor, o imposibilitate pasagera de a trece la actiune;

6) Negativismul este asemanator barajului, la care se mai adauga o “contra-actiune” patologica care se opune ordinului dat bolnavului de a executa un act motor;

7) Opozitia este refuzul voluntar de a executa o miscare, o actiune care vine in contradictie cu ideile patologice ale bolnavului;

8) Supunerea pasiva este o accentuare a starii obisnuite de sugestibilitate, in cursul careia bolnavul executa imediat, in mod reflexiv, toate ordinele care i se dau;

9) Catalepsia este o tulburare de activitate motorie, privind in special tonusul muscular;

10) Stereotipia este tendinta de a mentine si repeta practic indefinit, aceeasi miscare si atitudine motorie;

11) Manierismul reprezinta o serie de simptome motorii dispartate care au in comun caracterul unei impresii exterioare ca “bolnavul este manierat” in gesturi, mimica,etc;

12) Ecopraxia consta in repetarea identica ca un ecou a gesturilor, actiunilor, mimicii, limbajului, scrierii de catre bolnav prin imitarea interlocutorului sau.

Tulburari de vointa

Vointa proces psihic apropiat de activitatea motorie, dar si de caracter, desemneaza formele de motricitate plasate sub controlul sistemului vietii de relatie, neavand nici caracter reflex, nici automant. Vointa reprezinta capacitatea de decizie libera si ferm orientata in directia realizarii un scop propus, dincolo de orice fel de obstacole.

În sfera psihopatologiei Th.Ribot, distinge trei categorii de tulburări ale voinței: ideile fixe sau obsesiile, impulsivitatea și abulia. Cea mai importantă formă de tulburare a voinței este abulia, care constă în încetinirea sau “insuficiența voinței”. P.Janet distinge următoarele tipuri de abulii:

- a) abulia motorie; b) abulia intelectuală; c) abulia constituțională; d) abulii sistematizate.

Tulburările de caracter

Caracterul reprezintă totalitatea trăsăturilor esențiale și calitativ specifice ale persoanei și care se manifestă în acțiunile acesteia.

În general, în psihopatologie sunt cuprinse, în același cadru, atât tulburările de caracter cât și tulburările de comportament care derivă în mare măsură din acestea. Tulburările de caracter desemnează tulburări de ordin structural ale persoanei, pe când tulburările de comportament, tulburări de ordin dinamic.

Tulburările afective

Afectivitatea reprezintă ansamblul de reacții psihice ale individului în fața unor situații ocazionale ale vieții, fie datorită unor contacte cu lumea externă, fie datorate unor modificări interne ale persoanei.

Tulburările vieții afective sunt deosebit de variate și multiple. Ele pot fi înregistrate ca “reacții” care constituie “răspunsul emoțional-afectiv al unui individ la evenimentele vieții trăite” (K.Schneider) având o cauză exogenă, sau dimpotrivă pot apărea “spontan” legate de o anumită dispoziție constituțională de factură endogenă.

Tulburările de memorie

Pentru P. Janet, memoria constă în recunoașterea sau evocarea spontană a amintirilor. Procesul memoriei constă în fixarea, evocarea și recunoașterea datelor anterior achiziționate de persoană.

Tulburările memoriei, așa cum sunt ele întâlnite în psihopatologie sunt cuprinse cu denumirea generală de “amnezii”. Acestea pot fi de mai multe forme și anume:

- a) amnezii anterograde; b) amnezii retrograde; c) amnezii de fixare; d) amnezii de evocare; e) amnezii de conservare; f) amnezii secundare.

Tulburările psihice în care sunt semnalate cel mai frecvent tulburările de memorie de natură amnezică sunt următoarele: confuzia mentală; sindromul Korsakov.

Psihopatologia proceselor de inteligență

Procesele de inteligență desemnează un cadru destul de larg, dar bine delimitat de funcții superioare cu caracter simbolic operațional, fie că este vorba de un aspect de factură conceptuală (procesul de gândire propriu-zisă), fie că este vorba de un aspect de factură instrumentală (procesele de expresie propriu-zisă). Ambele aspecte sunt întinse legate între ele și nu pot fi separate, în asemenea măsură încât nu putem considera “procesele intelectuale” ca reprezentând “mecanismele simbolice cerebrale” (C.Enăchescu).

Inteligența, din punct de vedere psihologic este definită ca reprezentând aptitudinea mentală de a rezolva operații cu maximum de randament și fidelitate, în raport cu sarcina propusă și cu posibilitățile personale ale subiectului.

Tulburările de gândire

Gândirea reprezintă una din laturile importante ale inteligenței individuale, cu numeroase și complexe implicații asupra sferei psihopatologiei. În psihopatologie se disting mai multe forme de alterare ale gândirii:

- 1) Tulburări asociative: asociații automate de idei; asociații dirijate;
- 2) Tulburări ale cursului gândirii: fuga de idei; mentismul; bradipsihia; perseverarea; barajul;

3) Tulburari de imaginatie: saracia imaginativa; exagerarea imaginatiei; fabulatia; mitomania;

4) Gandirea xenopatica: automatism senzitiv; automatism emotional si afectiv; automatism de activare.

Delirul

Falsele interpretari patologice sunt cuprinse in grupa starilor delirante. Acestea cuprind tulburarile de gandire si procesele psihice inrudite (reprezentarea, intuitia, expresia, perceptia). Ideea deliranta este cea care se opune realitatii socand evidenta faptelor.

Delirul incepe sa se manifeste din momentul in care individul nu mai dispune de critica pentru a-l invinge, acesta transformandu-se in convingere, iar individul devenind prizonierul sau, incapabil de a se putea desprinde de acesta .

La delir distingem, in ceea ce priveste caracterul si continutul acestuia urmatoarele aspecte: delir monotematic sau sistematizat si delir polimorf, nesistematizat tematic. Temele delirante majore, cele mai frecvente intalnite sunt urmatoarele: idei de persecutie si de interpretare, idei de grandoare, idei de melancolie.

Sindroamele psihopatologice

Cadrul general

Tabloul clinic al bolilor psihice apare sub forma unor “complexe simptomatologice”. Acestea sunt sindroamele psihopatologice.

Sindromul reprezinta un complex de simptoame unite intre ele prin legaturi interne. Termenul de “complex de simptome” a fost introdus in psihiatrie de W.Griesinger. Acest termen a fost acceptat si i s-au adus completari ulterioare de catre N.Kandinski, K. Kahlbaun si E.Kreapelin.

K. Kahlbaun face deosebirea dintre “tabloul clinic” (Zustandbild) si “procesul patologic” care sta la baza acestuia, subliniind astfel deosebirea dintre boala, ca entitate patologica (Krankheitseinhait) si diversele “complexe de simptome” care pot apare, in mod constant, in cursul perioadelor succesive de evolutie clinica ale acesteia.

E.Dupre a dat urmatoarea definitie sindromului psihopatologic: “Un sindrom este o grupare nosologica fundamentata pe coexistenta obisnuita si subordonarea logica a simptomelor clinice. El este un tot, o unitate clinica ale carei elemente sunt apropiate intre ele prin legaturi de afinitate naturala”.

Dupa parerea lui A.Guiraud, un sindrom este o juxtapunere de simptome clinice fortuite. Solidaritatea simptomelor se explica numai cand intre ele exista o relatie patogenetica specifica. In felul acesta sindromul ne apare ca o notiune intermediara intre simptom si boala (A.Porot).

Exemple de sindroame sunt: sindromul astenic, sindromul obsesiv, sindroamele psihopatice, sindromele afective, sindromul catatonc, sindromele halucinator-paranoide, sindroamele delirante, sindromul autist, sindroamele ipohondriace, sindromele confuzinale, sindromul oniric, sindromul Karkakow, sindromul demential, tulburarile de comportament.

1) Sidromul astenic

Sindromul astenic este o stare de slabiciune neuropsihica de cauze diferite, manifestat printr-o stare de epuizare pe care bolnavul o resimte ca pe o oboseala cronica.

Termenul de “astenie” a fost utilizat prima data de Brown (1735) si ulterior de Dupuytren (1832) si Erichsen (1868), referitor la stari patologice care insoteau afectiunile somatice. Beard (1869) introduce termenul de “neurastenie”, adoptat ulterior si de catre Kandinski (1890) si Benon (1928).

Din punct de vedere psihopatologic sindromul astenic se caracterizeaza prin urmatoarele: iritabilitate, slabiciune, tulburari de somn, tulburari neurovegetative.

Cauzele care produc un sindrom astenic sunt multiple si anume: boli toxice si infectioase; boli somatice; boli endocrine; boli organice cerebrale; in fazele de debut ale unor boli psihice grave (schizofrenie).

2) Sindromul obsesiv

Fenomenele obsesive sunt reprezentate prin ganduri, amintiri, impresii patologice care apar independent si impotriva vointei bolnavului, repetandu-se permanent si incoercibil, de a caror fasitate bolnavul este constient, dar cu toate acestea nu se poate elibera de ele.

Pentru M.Dide si P.Guiraud, obsesiile se caracterizeaza prin urmatoarele aspecte psihopatologice:

- a) o stare de anxietate asociata cu elemente mentale si organice;
- b) patrunderea in sfera constiintei a unui sentiment, idee sau tendinta care este in dezacord cu persoanelitatea bolnavului si de care, cu toate incercarile acestuia, nu se poate debarasa;
- c) bolnavul se simte asaltat de o "putere straina" exterioara si opusa vointei sale, de a carei absurditate este constieint;
- d) orice obsesie presupune atat repulsie cat si dorinta din partea bolnavului.

Fenomenele obsesive sunt extrem de variate si ele constau din urmatoarele:

- 1) idei obsedante;
- 2) fricile obsedante;
- 3) impulsunile obsedante sau "obsesiile impulsive";
- 4) actiuni obsedante.

Cauzele sindromului obsesiv sunt multiple. Se considera ca in geneza acestuia, anxietatea ocupa locul esential.

Tulburarile obsesive pot fi intalnite in numeroase afectiuni psihiatrice cum ar fi:

- simpla stare de oboseala;
- starile astenice febrile;
- in cursul neurasteniei;
- in nevroza obsesivo-fobica;
- in mod episodic la psihopatii psihastenici, etc.

Din punct de vedere psihanalitic, S. Freud, distinge doua laturi psihopatologice, la sindromul obsesiv si anume: a) reactia fobica; b) reactia obsesiva.

Din punct de vedere tematic, fobiile au o extrem de mare varietate. In general, majoritatea specialistilor, prefera sa le sistematizeze in urmatoarele grupe:

- a) Fobii de obiecte: arme, obiecte murdare, sange, dejectii, etc;
- b) Fobii de locuri: spatii goale (agorafobie) sau spatii inchise (claustrofobie), cale ferata, cimitire, adncimi, inaltimi,etc
- c) Fobii de boli sau nosofobii, sunt cele reprezentate prin frica patologica a unor bolnavi de microbi, boli interne, boli contagioase, in special cele veneriene, turbarea, frica de bolile psihice, etc;
- d) Fobii raportate la factori fizici naturali;
- e) Fobii pentru fiinte vii;
- f) Fobii legate de functii biologice;
- g) Fobii legate de relatii publice;
- h) Fobii morale si religioase.

Sindroamele afective - Sindromele psihopatologice afective

Cuprind o gama importanta si larga de manifestari psihice anormale in care intra: sindromul maniacal, sindromul depresiv, instabilitatea psiho-afectiva la copii si tineri, sindromul anxios.

1) Sindromul maniacal

Sindromul maniacal este o entitate clinica speciala si autonoma, un sindrom general de excitatie psihomotorie cu o evolutie in general clinica, adesea de natura constitutionala endogena, uneori inasa si secundar reactiv (A.Porot).

Acestea se caracterizeaza printr-o dispozitie afectiva exaltata, de tip euforic, fuga de idei ce poate ajunge la o stare de incoerenta, polipragmazie, instabilitate motorie, agitatie, logoree, gandire prin asonanta, adesea un limbaj de tip moriatic.

Din punct de vedere psihopatologic se noteaza urmatoarele tipuri de tulburari specifice: tulburari de dispozitie afectiva de tip euforic, tulburari intelectuale (atentie flotanta, fuga de idei, asonanta, divagatii), tulburari de activitate, tulburari fizice generale (insomnii, tulburari endocrine, tiroidiene sau ovariene, cresterea apetitului alimentar).

In ceea ce privesc formele clinice ale sindromului maniacal, acestea sunt urmatoarele: excitatie maniacala simpla; mania coleroasa; mania confuziva sau incoerenta; mania supraacuta; hipomania.

2) Sindromul depresiv

Sindromul depresiv consta intr-o scadere trecatoare a starii de dispozitie psihica sau a tonusului psihic. In cadrul sindromului depresiv se noteaza existenta a doua componente clinice: una de natura fizico-somatica si alta de natura psiho-afectiva.

Din punct de vedere psihopatologic, sindromul depresiv poate lua aspecte clinico-psihiatrice diferite, in raport cu continutul acestuia. In sensul acesta se descriu urmatoarele tipuri: sindromul melancolic; sindromul depresiv-anxios; sindromul ipohondriac; sindromul asteno-depresiv; sindromul depresiv-obsesiv.

3) Instabilitatea psiho-afectiva

Numerosi autori au descris o stare de instabilitate emotional-afectiva complexa, asociata cu o instabilitate motorie si modificari intelectuale si comportamentale, care apar de regula la copii si adolescenti (H.Abramson). Ea pune serioase probleme de adaptare-integrare familiala, scolara, si sociala. In sensul acesta H.Abramson descrie urmatoarele forme clinice: instabilitate psihomotorie pura; debilitati instabile; instabilitati emotive; instabilitati paranoice; instabilitati cu tendinte perverse; perversii instabile; instabilitati intermitente; instabilitati epileptice; instabilitati simptomatice.

4) Sindromul anxios

Anxietatea este o stare de neliniste psihopatologica care se poate defini in trei moduri:

a) Ca sentiment al unui pericol iminent, nedeterminat obiectual, a unui pericol neprecizat care ar urma sa se produca.

b) O atitudine de asteptare in fata unui pericol, cu caracterul unei veritabile stari de alerta care invadeaza individul in totalitatea sa, asociat cu impresia unei catastrofe imediate.

c) Convingerea unei imposibilitati absolute de a actiona, la care se asociaza sentimentul propriei sale dezorganizari si al aneantizarii persoanei respective in fata pericolului.

Din punct de vedere clinic, sindromul anxios este unul din elementele fundamentale ale psihopatologiei. H.Ey, descrie urmatoarele forme de manifestare ale sindromului anxios: crizele anxioase; nevroze anxioase si anxietati constitutionale; angoasa.

Sindroamele Halucinator -Paranoide

Acestea reprezinta un grup de sindroame psihopatologice caracterizate prin tulburari de ordin perceptiv (halucinatii) asociate sau nu cu tulburari de gandire de tip delirant, avand de regula un caracter sistematizat, de tip paranoid. In cadrul sindroamelor halucinator-paranoide, sunt cuprinse urmatoarele forme clinice: halucinoza; sindromul paranoic; sindromul paranoid; paranoia acuta; sindromul Kadinski-Clerambault sau sindromul de automatism mental.

Din punct de vedere psihopatologic, sindromul Kadinski-Clerambault se manifesta prin cateva aspecte principale: automatismul ideo-verbal; automatismul senzorial si senzitiv; automatismul psihomotor; automatismul mental asociat cu delirul de influenta; amintirea pseudohalucinatorie; sindromul parafrenic.

1) Sindroamele delirante

Acest grup cuprinde toate cazurile de “alienatie ale persoanei” caracterizate printr-o tulburare permanenta a raporturilor intelectuale, afective si sociale ale Eului cu celelalte persoane si realitatea. Acest grup de tulburari psihotice cronice este caracterizat din punct de vedere psihopatologic prin delir, in sensul de “alterare a sistemului realitatii” reflectand modul de organizare “vesanica” a personalitatii. Acest grup de tulburari psihice denumit de psihiatrii sec. XIX paranoia (Verrucktheit) cuprinde doua sub-grupe:grupa schizofrenilor si grupa delirurilor cronice sistematizate.

2) Sindromul demential

Termenul de dementa este sinonim, in limbajul curent, celui de alienatie mintala: pentru a desemna, in sens general, prezenta unei tulburari psihice care afecteaza intelectul, facultatea dicernamentului si conduita unui individ.

Ph. Pinel considera dementa ca fiind o slabire, mai mult sau mai putin profunda, generala, a facultatilor mintale, in opozitie cu delirurile care nu se insotesc de o slabiciune psihica generala.

A.Porot, defineste dementa ca fiind o slabiciune progresiva si ireversibila, cu caracter global, a vietii psihice a individului. Doua aspecte se discuta in psihopatologia dementelor: procesul de deteriorare mentala si procesul de slabire intelectuala.

Deteriorarea mentala reprezinta un deficit mental global, tranzitoriu sau definitiv, consecutiv oricarei atingeri functionale sau organice a creierului, fie prin procese ireversibile cum sunt atrofiile corticocerebrale, fie prin crize tranzitorii de tip epileptic sau alcoolism (A.Porot).

Slabiciune intelectuala consta intr-un deficit dobandit si definitiv al diferitelor componente ale inteligentei bolnavului.

Tema 6

Maladiile psihice cronice sub aspect psihiatrico-legal

1. Schizofrenia sub aspect psihiatrico-legal (cauzele, manifestările clinice de bază, formele clinice, specificul examenului psihiatric,pronostic clinic)
2. Tulburarea afectivă bipolară
3. Manifestările clinice ale epiulepsiei
4. Tulburările traumatice cerebrale. Noțiune de sindrom psihoorganic

Schizofrenia este o psihoză caracterizată prin deteriorarea proceselor de gândire și de răspunsuri emoționale inadecvate.^[1] Tulburarea se manifestă prin halucinații auditive, deliruri paranoide sau bizare sau prin vorbire și gândire dezorganizate și este însoțită de disfuncție socială sau ocupațională semnificativă. Debutul acestor simptome apare de obicei la începutul perioadei adulte, cu o prevalență globală de-a lungul vieții în jur de 0,3–0,7%.^[2] Diagnosticul se bazează pe comportamentul observat și pe experiențele raportate de pacient.

Ereditatea, mediul din frageda copilărie, factorii neurobiologici, procesele psihologice și sociale apar drept factori importanți care contribuie la apariția tulburării; unele droguri recreaționale și medicamente par a cauza sau înrăutăți simptomele. Cercetarea actuală se apleacă în special asupra rolului factorilor neurobiologici, dar nu a fost găsită nicio cauză organică responsabilă de una singură pentru apariția tulburării. Numeroasele combinații posibile de simptome au declanșat dezbateri asupra întrebării dacă diagnosticul reprezintă o singură tulburare sau e vorba de mai multe sindroame separate. În ciuda etimologiei termenului din rădăcinile *skhizein* (σχίζειν, „a scinda”) și *phrēn*, *phren-* (φρήν, φρεν-; „minte”) din greaca veche, schizofrenia nu înseamnă o „minte scindată” și nu este același lucru cu tulburarea disociativă de

identitate — cunoscută și ca „tulburarea de personalitate multiplă” sau „personalitate scindată” — tulburare cu care este adesea confundată de către publicul larg.^[3]

Tratamentul obișnuit este reprezentat de medicația antipsihotică, care în principal blochează activitatea receptorilor de dopamină (și, uneori, de serotonină). Psihoterapia și recuperarea profesională și socială sunt de asemenea importante în tratament. În cazuri mai severe — atunci când bolnavul reprezintă un risc pentru sine sau pentru alții — spitalizarea obligatorie poate fi necesară, deși în zilele noastre șederile în spital sunt mai scurte și mai puțin frecvente decât în trecut.^[4]

Se crede în general că tulburarea afectează în principal cogniția, dar ea contribuie de obicei la probleme cronice de comportament și emoționale. Persoanele cu schizofrenie prezintă frecvent afecțiuni comorbide, incluzând depresie majoră și tulburare de anxietate; prevalența de-a lungul vieții a abuzului de substanțe (alcool, droguri, etc.) este de aproape 50%.^[5] Problemele sociale, cum ar fi șomaj îndelungat, sărăcie și lipsa unui cămin, sunt frecvente. Speranța de viață a persoanelor cu schizofrenie este cu 12 - 15 ani mai mică decât a celor care nu au această tulburare, acesta fiind rezultatul problemelor de sănătate fizică și al frecvenței crescute a sinuciderilor (în jur de 5%).^[2]

Simptome

O persoană diagnosticată cu schizofrenie poate avea halucinații (cele mai frecvente sunt reprezentate de auzirea unor voci), deliruri (adesea bizare sau de natură persecutorie) și gândire și vorbire dezorganizate. Ultima poate baleia de la pierderea șirului gândirii la fraze vag conectate ca înțeles și la incoerență, cunoscută drept schizofazie, în cazuri severe. Retragerea socială, indiferența față de îmbrăcăminte și igienă, pierderea motivației și a judecății sunt frecvente în schizofrenie.^[6]

Există adesea dificultăți emoționale sistematice, care sunt observabile, de exemplu lipsa unui răspuns emoțional adecvat.^[7] Debilitatea cogniției sociale este asociată cu schizofrenia,^[8] la fel ca simptomele de paranoia; izolarea socială apare frecvent.^[9] Apar frecvent probleme cu memoria de lucru și memoria pe timp îndelungat, atenția, funcțiile de execuție și viteza de procesare a informației.^[2] Într-un subtip frecvent persoana poate rămâne preponderent tăcută, poate rămâne nemișcată în posturi bizare sau se poate deda la agitație fără sens, toate semne ale catatoniei.^[10]

Adolescența târzie și debutul perioadei adulte sunt perioade de vârf pentru apariția schizofreniei,^[2] aceștia fiind anii critici în dezvoltarea socială și profesională a tânărului adult.^[11] La 40% dintre bărbații și 23% dintre femeile diagnosticați/diagnosticate cu schizofrenie, tulburarea s-a manifestat înaintea vârstei de 19 ani.^[12] Pentru a reduce tulburările de dezvoltare asociate schizofreniei, multă muncă a fost depusă recent pentru a identifica și trata faza prodromală (de pre-manifestare) a bolii, care a fost detectată cu până la 30 de luni înainte de apariția simptomelor.^[11] Persoanele cu schizofrenie pot prezenta simptome psihotice temporare sau auto-limitate^[13] și simptomele nespecifice de retragere socială, iritabilitate, disforie,^[14] și lipsă de tact^[15] în timpul fazei prodromale.

Clasificarea schneideriană

La începutul secolului al XX-lea, psihiatrul Kurt Schneider a efectuat liste cu forme de simptome psihotice despre care credea că diferențiază schizofrenia de alte tulburări psihotice. Ele sunt numite *simptome de prim rang* sau simptomele de prim rang ale lui Schneider. Ele includ:^[16]

- delirul de a fi controlat de o forță externă;
- credința că gândurile sunt inserate sau sustrate din mintea conștientă a pacientului;
- credința că gândurile proprii sunt difuzate altor oameni
- auzirea de voci halucinatorii care comentează gândurile sau acțiunile sale sau care conversează cu alte voci halucinatorii.

Deși ele au contribuit semnificativ la criteriile actuale de diagnostic, sensibilitatea și specificitatea simptomelor de prim rang a fost pusă la îndoială. O trecere în revistă a studiilor de

diagnoză efectuate între 1970 și 2005 a aflat că ele nu permit nici confirmarea nici respingerea pretențiilor lui Schneider, sugerând ca simptomele de prim rang să capete un rol secundar în analizele viitoare ale sistemelor de diagnostic.^[17]

Simptome pozitive și simptome negative

Schizofrenia este adesea descrisă în termeni de simptome pozitive și simptome negative (sau de lipsă).^[18] Simptomele pozitive sunt cele pe care cei mai mulți subiecți nu le au în mod obișnuit, dar care sunt prezente la persoanele cu schizofrenie. Ele includ delir, gânduri și vorbire dezorganizate, halucinații tactile, auditive, vizuale, olfactive și gustative, considerate în mod tipic drept manifestări psihotice.^[19] Halucinațiile sunt de asemenea în mod tipic legate de conținutul temei delirului.^[20] Simptomele pozitive răspund în general bine la medicamente.^[20]

Simptomele negative sunt deficiențe ale răspunsurilor emoționale normale sau ale altor procese de gândire și răspund mai puțin la medicamente.^[6] Ele includ de obicei emoții și afect plat sau lipsit de sensibilitate, sărăcia vorbirii (alogie), neputința de a experimenta plăcerea (anhedonie), lipsa dorinței de a forma relații sociale (asocialitate) și lipsa motivației (avoliție). Cercetările sugerează că simptomele negative contribuie mai mult decât simptomele pozitive la proasta calitate a vieții, la handicapuri funcționale și la a deveni o povară pentru alții.^[21] Persoanele cu simptome preponderent negative pot avea adesea un trecut de proastă adaptare înaintea apariției bolii, iar răspunsul la medicamente este adesea limitat.^{[6][22]}

Cauze

O combinație de factori genetici și de mediu joacă un rol important în apariția schizofreniei.^{[2][3]} Oamenii cu istoric familial de schizofrenie și care suferă de o psihoză temporară sau auto-limitată au o șansă de 20–40% de a fi diagnosticați cu schizofrenie în anul următor psihozei.^[23]

Aspecte genetice

Estimările privind caracterul ereditar al schizofreniei variază datorită dificultății de a separa efectele genelor de cele ale mediului.^[24] Cel mai mare risc de a deveni bolnav de schizofrenie îl au cei care au o rudă de gradul întâi care are de asemenea schizofrenie (riscul este de 6,5%); mai mult de 40% din gemenii monozigotici ai bolnavilor de schizofrenie prezintă de asemenea această boală.^[3] Este posibilă implicarea a numeroase gene în producerea bolii, fiecare având un efect mic și transmitere și exprimare necunoscute.^[3] Au fost propuse mai multe gene potențial responsabile, incluzând variațiile numărului de copii, NOTCH4 și sectoarele (loci) proteinelor histonice.^[25] Mai multe studii de asocieri la nivelul întregului genom, cum ar fi proteina cu punte de zinc 804A, au fost de asemenea corelate cu boala.^[26] Se pare că există o suprapunere substanțială între genele responsabile de schizofrenie și cele responsabile de tulburarea bipolară.^[27]

Plecând de la premiza existenței unei baze ereditare, o întrebare din psihologia evolutivă este de ce s-au perpetuat genele care măresc probabilitatea de a avea o psihoză, presupunând că acest lucru ar fi o proastă adaptare din punct de vedere evolutiv. O teorie pleacă de la ideea de gene legate de evoluția limbii și a naturii umane, dar până azi astfel de idei rămân aproape pur teoretice.^{[28][29]} O pistă de răspuns poate fi aceea legată de observația corelației între creativitate, genialitate și un coeficient înalt de inteligență pe de-o parte, și schizofrenie pe de cealaltă: studiile au arătat că indivizii cu comportament și limbaj bizar (personalități de tip schizotipic (gen Albert Einstein sau Van Gogh), care nu sunt însă schizofrenici) sunt mai creativi decât indivizii normali.^{[30][31][32]} Studiile au arătat o corelație între anumite variante ale unor gene (precum neuregulin 1 de ex.) recunoscute a avea o implicare în patogeneza psihozelor (schizofrenia inclusiv) și creativitatea celor care posedă această variantă.^{[33][34]} În timp ce alte studii au arătat că descendenții direcți ai celor cu psihoze sunt mai creativi decât copiii normali (fără risc ereditar).^[35] Jani (January) Schofield, unul dintre puținii copii cunoscuți în literatura psihiatrică a se fi născut cu schizofrenie (halucinații vizuale), este o americană diagnosticată în

fragedă copilărie (la 6 ani, cu schizofrenie infantilă) și care a obținut un IQ de 146, și asta doar pentru ca inteligența ei atinsese atunci deja limita măsurabilă a testelor întocmite în 2006 pentru copii, fiind un geniu care la 2 ani vorbea fluent, scria și manifesta capacități de gândire abstractă, care în mod normal apar în pre-adolescență (fapt care însă n-a împiedicat maladia să-i mutileze dezvoltarea intelectuală și evoluția socială).^{[36][37]}

Factorii de mediu

Factorii de mediu asociați cu apariția schizofreniei includ mediul de viață, folosirea de droguri și factorii de stres prenatali.^[2] Stilul de creștere și educare a copiilor pare a nu avea niciun efect important, deși bolnavii susținuți de părinți o duc mai bine decât cei cu părinți critici sau ostili.^[3] S-a descoperit în mod repetat că traiul în mediul urban, în copilărie sau la vârsta adultă, dublează riscul de a face schizofrenie,^{[2][3]} chiar după eliminarea efectelor datorate folosirii drogurilor recreaționale, grupului etnic și mărimii grupului social.^[38] Alți factori care joacă un rol important includ izolarea socială și imigrarea, legată de adversitate socială, discriminare rasială, șomaj și condiții proaste de locuit.^{[3][39]}

Abuzul de substanțe

Unele droguri au fost asociate cu apariția schizofreniei, inclusiv canabisul, cocaina și amfetaminele.^[3] Aproape jumătate din cei care au schizofrenie folosesc în mod excesiv droguri și/sau alcool.^[40] Rolul canabisului ar putea fi cauzal,^[41] dar alte droguri ar putea fi folosite doar ca mecanisme de a face față depresiei, anxietății, plictiselii și singurătății.^{[40][42]}

Canabisul este corelat cu o creștere proporțională cu doza a riscului de a avea tulburări psihotice^[43] iar uzul frecvent este corelat cu dublarea riscului de psihoză și schizofrenie.^{[42][44]} În timp ce mulți cercetători acceptă ideea conform căreia canabisul este o cauză ce contribuie la apariția schizofreniei,^[45] această ipoteză rămâne controversată.^{[25][46]} Amfetamina, cocaina și mult mai rar alcoolul pot provoca psihoze foarte asemănătoare schizofreniei.^{[3][47]} Deși nu este în general acceptată drept cauză a bolii, bolnavii cu schizofrenie folosesc nicotina mult mai des decât restul populației.^[48]

Factori de dezvoltare

Factori cum ar fi hipoxiile și infecțiile sau stresul și malnutriția mamei pe parcursul dezvoltării fetale pot provoca o ușoară creștere a riscului de a apariție a schizofreniei.^[2] Cei diagnosticați cu schizofrenie sunt mai des născuți iarna sau primăvara (cel puțin în emisfera nordică), ceea ce poate fi un rezultat al ratei crescute de expunere la virusuri in utero.^[3] Această diferență este de circa 5 - 8%.^[49] Infecțiile cu protozoarul *Toxoplasma Gondii*, responsabil de toxoplasmoza, par a fi legate de schizofrenie în diverse feluri: infecția acută poate produce simptome psihotice similare celor manifestate în schizofrenie; anumite medicamente folosite în tratamentul uman al schizofreniei manifestă o acțiune inhibitorie a replicării protozoarului *Toxoplasma Gondii*; numeroase studii au arătat că în rândul bolnavilor de schizofrenie prezența de anticorpi pentru *Toxoplasma Gondii* este mai frecventă decât în populația generală; expunerea copilului în copilărie la un mediu în care există pisici este considerat a fi un factor de risc la schizofrenie în sine, pisicile fiind cunoscute a fi principalul purtător și vehicul pentru protozoarul responsabil de toxoplasmoza umană.^[50]

Mecanisme

Au fost făcute mai multe încercări de a explica legătura dintre afectarea funcționării creierului și schizofrenie.^[2] Una din cele mai frecvente este ipoteza dopaminică, ce atribuie psihoza unei interpretări eronate, de către minte, a descărcărilor neuronale dopaminergice.^[2]

Mecanisme psihologice

Numeroase mecanisme psihologice au fost implicate în apariția și persistența schizofreniei. La persoanele diagnosticate cu schizofrenie, sau care prezintă riscul de a face boala, au fost

identificate devieri cognitive, în special în situații de stres sau care produc confuzie.^[51] Unele componente cognitive pot reflecta deficite neurocognitive cum ar fi pierderi de memorie, în timp ce altele pot fi legate de anumite probleme și experiențe.^{[52][53]}

În pofida unei manifestări demonstrate a unui afect plat, cercetări recente indică faptul că mulți indivizi diagnosticați cu schizofrenie sunt reactivi din punct de vedere emoțional, în particular față de stimuli de stres sau negativi, iar această sensibilitate poate fi cauza vulnerabilității față de simptome sau a apariției tulburării.^{[54][55]} Unele date sugerează că ceea ce constituie conținutul credințelor delirante sau al experiențelor psihotice se poate baza pe cauze emoționale, iar modul în care persoana respectivă interpretează aceste experiențe poate influența simptomatologia.^{[56][57][58]} Folosirea de „comportamente sigure” pentru a evita amenințări imaginare poate contribui la cronicizarea delirurilor.^[59] Alte dovezi referitoare la rolul mecanismelor psihologice vin din evaluarea efectelor psihoterapiei asupra simptomelor schizofreniei.^[60]

Mecanisme neurologice

Imaginile de rezonanță magnetică funcțională (fMRI) și alte tehnologii de a obține imagini ale creierului permit studierea diferențelor de activitate cerebrală la persoanele diagnosticate. Imaginea prezintă două nivele ale creierului, cu arii (colorate în roșu) care sunt mai active în persoanele de control (sănătoase, imaginea din stânga) decât la suferinzii de schizofrenie (imaginea din dreapta). Imaginea provine dintr-un studiu cu fMRI a memoriei de lucru.^[61]

Schizofrenia este corelată cu diferențe subtile ale structurilor cerebrale, prezente în 40-50% din cazuri și de chimie cerebrală, în timpul stărilor psihotice acute.^[2] Studii care folosesc teste neuropsihologice și tehnologii de obținere a imaginilor creierului, cum ar fi fMRI și PET pentru a examina diferențele de activitate cerebrală au arătat că diferențele care apar în mod obișnuit sunt în lobii frontali, hipocampus și lobii temporali.^[62] Reduceri ale volumului creierului, mai mici decât cele observate în cazul bolii lui Alzheimer au fost raportate în zonele cortexului frontal și lobilor temporali. Este însă nesigur dacă aceste schimbări de volum sunt treptate sau preexistente apariției bolii.^[63] Aceste diferențe au fost asociate cu deficiențe neurocognitive care sunt corelate schizofreniei.^[64] Deoarece circuitele neurale sunt afectate, s-a sugerat alternativa că schizofrenia trebuie gândită drept o asociere de tulburări de dezvoltare neurologică.^[65]

S-a acordat o atenție deosebită funcției dopaminei în circuitul mezolimbic din creier. Această cercetare atentă a rezultat din descoperirea accidentală că medicamentele bazate pe fenotiazină, substanță care blochează funcțional dopamina, pot reduce simptomele de psihoză. Această constatare este de asemenea susținută de faptul că amfetaminele, care conduc la eliberarea de dopamină, pot exacerba simptomele de psihoză din schizofrenie.^[66] Influența ipoteză dopaminică susținea că activarea excesivă a receptorilor D₂ ai dopaminei era cauza (simptomelor pozitive) din schizofrenie. Deși postulatul de aproape 20 de ani pe baza efectului de blocaj al receptorilor D₂, care este comun tuturor antipsihoticelor, abia la mijlocul anilor '90 studiile de imagini PET și SPET au furnizat dovezile necesare. În prezent, ipoteza dopaminei este considerată simplistă, în parte deoarece noile antipsihotice (antipsihoticele atipice) pot fi la fel de eficace ca și medicamentele mai vechi (antipsihoticele tipice), dar afectează de asemenea funcționarea serotoninei, iar efectul lor de blocare al dopaminei este ceva mai scăzut.^[67]

Interesul cercetătorilor a fost atras de neurotransmițătorul glutamat și de funcționarea redusă a receptorilor NDMA pentru glutamat în cadrul schizofreniei, în mare parte datorită nivelurilor anormal de joase de receptori de glutamat găsiți la autopsia creierelor celor care suferiseră de schizofrenie,^[68] ca și de descoperirea unor medicamente care blochează glutamatul, cum sunt feniciclidina sau ketamina, care pot mima simptomele și problemele cognitive asociate bolii.^[69] Funcția redusă a glutamatului este legată de rezultate slabe la testele care solicită lobul frontal și funcția hipocampală, iar glutamatul poate afecta funcția dopaminei, ambele fiind corelate cu schizofrenia, ceea ce sugerează un puternic rol de mediere (posibil cauzal) al circuitelor de glutamat ale celor bolnavi.^[70] Cu toate acestea, simptomele pozitive nu răspund la medicație glutamalgică.^[71]

Diagnostic

John Nash, un matematician american câștigător, printre alții, al premiului Nobel pentru economie pe anul 1994, a suferit de schizofrenie. Viața sa a fost subiectul filmului *O minte sclipitoare*, câștigător al premiului Oscar în anul 2001.

Schizofrenia este diagnosticată fie pe baza criteriilor din Manualul diagnostic și statistic al tulburărilor psihice al Asociației Psihiatrice Americane, versiunea DSM-IV-TR, fie din Clasificarea statistică internațională a bolilor și a problemelor de sănătate înrudite a Organizației Mondiale a Sănătății, numit ICD-10.^[2] Aceste criterii utilizează experiențele raportate de bolnavi și anomaliile de comportament raportate, urmate de evaluarea clinică efectuată de către un profesionist în domeniul sănătății mintale. Simptomele legale de schizofrenie apar de-a lungul unui continuum al populației și trebuie să atingă o anumită severitate pentru a fi pus acest diagnostic.^[3] În anul 2009 nu exista niciun test obiectiv pentru diagnosticul de schizofrenie.^[2]

Criterii

Criteriile ICD-10 sunt în general folosite în țările europene, în timp ce criteriile DSM-IV-TR sunt folosite în Statele Unite ale Americii și în restul lumii, fiind cele mai folosite în cercetările științifice. Criteriile ICD-10 pun mai multă bază pe simptomele schneideriene de prim rang. În practică, potrivirea dintre cele două este foarte mare.^[72]

Conform celei de-a patra ediții revizuite ale Manualului diagnostic și statistic al tulburărilor psihice (DSM-IV-TR), pacientul trebuie să aibă cel puțin trei din următoarele criterii de diagnostic.^[73]

1. Simptome caracteristice: două sau mai multe dintre următoarele, fiecare prezent majoritatea timpului într-o perioadă de o lună (sau mai puțin, dacă simptomele au intrat în remisie datorită tratamentului).

- Delir
- Halucinații
- Vorbire dezorganizată, care este o manifestare a tulburării de gândire formală
- Comportament sever dezorganizat (de exemplu, îmbrăcăminte nepotrivită, țipete frecvente) sau comportament catatonie
- Simptome negative: Afect plat (lipsa sau refuzul unui răspuns emoțional), alogie (lipsă sau degradare a vorbirii) sau avoliție (lipsă sau degradare a motivației)

Dacă delirul este considerat bizar sau halucinațiile constau în a auzi o voce care comentează acțiunile pacientului, sau a auzi două sau mai multe voci care conversează între ele, prezența numai a aceluia simptom este suficientă în ce privește cele de mai sus. Criteriul vorbirii dezorganizate este întrunit doar dacă este suficient de sever pentru a afecta serios comunicarea.

2. Disfuncție socială sau ocupațională: Pentru o parte semnificativă a timpului de la debutul tulburării, una sau mai multe domenii de funcționare cum ar fi munca, relațiile interpersonale sau grija față de sine sunt în mod hotărât sub nivelul avut înainte de debutul tulburării.

3. Durată semnificativă: semnele continue de dezorganizare persistă pentru cel puțin șase luni. Această perioadă de șase luni trebuie să includă cel puțin o lună de simptome (sau mai puțin, dacă simptomele au cedat la tratament).

Dacă semnele tulburării sunt prezente mai mult de o lună dar mai puțin de șase luni, diagnosticul aplicat este cel de tulburare schizofreniformă.^[73] Dacă simptomele de psihoză durează mai puțin de o lună, tulburarea poate fi diagnosticată ca scurtă tulburare psihotică, iar alte tulburări pot fi clasificate drept tulburare psihotică altfel neprecizată. Nu se poate pune diagnosticul de schizofrenie dacă tulburarea afectivă este prezentă în mod substanțial (deși în acest caz se poate pune diagnosticul de tulburare schizoafectivă), sau dacă există simptome de tulburare pervazivă de dezvoltare, cu excepția cazului în care există delir sever sau halucinații

severe, și nici dacă simptomele sunt rezultatul fiziologic direct al unei tulburări medicale generale sau al unei substanțe, cum ar fi abuzul de droguri sau de medicamente.

Subtipuri ale bolii

DSM-IV-TR conține cinci subclase al schizofreniei; totuși cei care elaborează DSM-5 recomandă eliminarea lor din noua clasificare.^{[74][75]}

- Tipul paranoid: sunt prezente delirul sau halucinațiile auditive, dar tulburarea de gândire, comportamentul dezorganizat și afectul plat nu sunt prezente. Delirul este persecutoriu și/sau grandios dar pe lângă acesta pot fi prezente alte teme cum ar fi gelozia, religiozitatea sau somatizarea. (DSM codul 295.3/ICD codul F20.0)

- Tipul dezorganizat: Numit *schizofrenie hebefrenică* în ICD. Acesta cuprinde concomitent tulburarea de gândire și afectul plat. (DSM codul 295.1/ICD codul F20.1)

- Tipul catatonic: Subiectul este aproape imobil sau prezintă mișcări agitate, lipsite de sens. Simptomele pot include stupoarea catatonică și flexibilitatea cerosă. Forma catatonică poate culmina cu starea de „*catatonie pernicioasă*”: bolnavul imobil prezintă febră crescută cu tulburări vegetative grave, care pot provoca moartea. (DSM codul 295.2/ICD codul F20.2)

- Tipul nediferențiat: Sunt prezente simptome psihotice dar nu sunt îndeplinite criteriile pentru tipurile paranoid, dezorganizat și catatonic. (DSM codul 295.9/ICD codul F20.3)

- Tipul rezidual: Simptomele pozitive sunt prezente doar la un nivel scăzut de intensitate. (DSM codul 295.6/ICD codul F20.5)

ICD-10 definește două subclase adiționale.^[75]

- Depresia post-schizofrenică: O perioadă depresivă care apare în urma unei boli de schizofrenie, perioadă în care simptomele de schizofrenie pot fi încă prezente. (ICD codul F20.4)

- Schizofrenia simplă: Dezvoltarea insidioasă sau treptată a unor simptome negative grave fără a trece prin perioade de psihoză. (ICD codul F20.6)

Diagnostic multiplu

Simptomele de psihoză pot fi prezente în alte tulburări mentale, inclusiv în tulburarea bipolară,^[76] tulburarea de personalitate borderline,^[77] intoxicația cu medicamente și psihoza indusă de droguri. Delirurile („ne-bizare”) sunt de asemenea prezente în tulburarea de delir, iar izolarea socială în tulburarea de anxietate socială, tulburarea de personalitate evazivă și tulburarea de personalitate schizotipică. Comorbiditatea schizofreniei cu tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) apare mult mai frecvent decât s-ar putea datora unei pure întâmplări, deși poate fi dificil să se distingă între obsesiile din TOC și delirurile din schizofrenie.^[78]

O examinare medicală și neurologică mai generale pot fi necesare pentru a exclude boli somatice care pot produce uneori simptome de psihoză asemănătoare schizofreniei,^[73] cum sunt tulburările metabolice, infecțiile sistemice, sifilisul, SIDA, epilepsia și leziunile cerebrale. Poate fi necesar să fie eliminat ca diagnostic delirul, care poate fi decelat prin halucinații vizuale, debut brusc și nivel de conștiință variabil, ceea ce indică o afecțiune medicală de bază. Investigațiile acestea nu sunt în general repetate la recăderea în boală, cu excepția prezenței unei recomandări medicale specifice sau unor posibile efecte adverse ale medicației antipsihotice.

Prevenție

Actualmente dovezile privind efectivitatea intervențiilor pentru prevenirea schizofreniei nu sunt concludente.^[79] Deși există unele dovezi privind faptul că intervenția precoce asupra persoanelor cu un episod de psihoză poate îmbunătăți rezultatele pe termen scurt, există un beneficiu scăzut al acestor măsuri după cinci ani de la aplicarea lor.^[2] Încercarea de a preveni schizofrenia în faza prodromală are beneficii nesigure, iar în anul 2009 astfel de încercări nu erau recomandate.^[80] Prevenția este dificilă deoarece nu există indicatori de încredere care să prezică

apariția ulterioară a bolii.^[81] Totuși, unele cazuri de schizofrenie ar putea fi amânate sau posibil prevenite descurajând folosirea canabisului, în special de către tineri.^[82] Indivizii care provin din familii cu cazuri de schizofrenie pot fi mai vulnerabili la psihozele induse de canabis.^[45] Un studiu a descoperit că în cazul tulburărilor psihotice induse de canabis, ele sunt urmate de apariția unor psihoze persistente în aproximativ jumătate din cazuri.^[83]

Cercetarea teoretică se focalizează asupra strategiilor care ar putea micșora incidența schizofreniei. Una dintre abordări încearcă să înțeleagă ce se petrece la nivel genetic și neurologic pentru a explica apariția bolii, astfel încât să poată fi dezvoltate intervenții biomedicale. Totuși, efectele genetice multiple și variate, de mică amploare și interacțiunile cu mediul înconjurător fac ca acest lucru să fie dificil. În mod alternativ, strategiile de sănătate publică pot remedia în mod selectiv factori socio-economici care sunt corelați cu rate ridicate ale schizofreniei în anumite grupuri, legate de exemplu de imigrare, etnicitate sau sărăcie. Strategiile la nivelul întregii populații ar putea promova servicii care să asigure nașteri sănătoase și creștere sănătoasă, inclusiv în domenii ale dezvoltării psihologice, cum ar fi cogniția. Totuși, nu există suficiente dovezi pentru a pune actualmente în aplicare astfel de idei, iar anumite probleme generale nu sunt specifice schizofreniei.^{[84][85]}

Tratament

Tratamentul primar pentru schizofrenie este reprezentat de medicamentele antipsihotice, adeseori în asociere cu suportul psihologic și social.^[2] Spitalizarea poate avea loc pentru episoade severe, fie în mod voluntar, fie (dacă legislația medicală o permite) prin tratament forțat. Spitalizarea pe termen lung se întâlnește rar, începând de la dezinstituționalizarea care a debutat în anii '50.^[4] Serviciile de sprijin comunitare includ centre de primire, vizite făcute de către membrii serviciilor medicale comunitare, angajări subsidiate^[86] și grupuri de sprijin; acestea se întâlnesc în mod frecvent. Unele dovezi indică faptul că exercițiul fizic regulat are un efect pozitiv asupra sănătății fizice și mentale a bolnavilor de schizofrenie.^[87]

Terapia convulsivantă electrică - TCE (electroșoc: Cerletti și Bini, 1938) sau farmacologică (șocul cardiazolic: von Meduna, 1934), precum și coma hipoglicemică cu insulină (Sakel, 1933), introduse empiric pe baza unor ipoteze fiziopatologice ulterior infirmate, dar având totuși o eficacitate certă, au căzut în desuetudine după introducerea tratamentului medicamentos neuroleptic. Totuși, în cazul unor stări catatonice grave cu pericol vital (catonia pernicioasă), electroșocul reprezintă și în prezent terapia de elecție.

Intervențiile psiho-sociale

Anumite intervenții psiho-sociale pot fi utile în tratamentul schizofreniei, inclusiv terapia de familie,^[97] tratamentul comunitar asertiv, angajare subsidiată, remediarea cognitivă,^[98] școlile de meserii, terapia cognitiv-comportamentală (TCC), intervențiile de economie simbolică, intervențiile psiho-sociale contra abuzului de substanțe și de control de greutate.^[99] Terapia de familie sau educația care se adresează întregii familii a unui bolnav poate reduce recăderile și spitalizările.^[97] Dovezile privind efectivitatea TCC, fie în reducerea simptomelor, fie în prevenirea recăderilor sunt neglijabile.^{[100][101]} S-ar putea ca terapia artistică sau teatrală să nu fi fost bine studiată.^{[102][103]}

Prognostic

Schizofrenia aduce cu sine mari costuri umane și economice.^[2] Rezultatul acesteia este o speranță de viață cu 12–15 ani mai redusă, în principal datorită corelării ei cu obezitatea, modul de viață sedentar și cu fumatul, rata crescută a sinuciderii jucând un rol secundar.^[2] Aceste diferențe în ceea ce privește speranța de viață au crescut între anii '70 și '90,^[104] iar între anii '90 și prima decadă a secolului al XXI-lea nu s-au schimbat substanțial în cazul unui sistem de sănătate cu acces gratuit (Finlanda).^[94]

Schizofrenia este o cauză majoră de handicap, psihoza activă fiind pe locul al treilea, după cvadriplegie și demență, fiind o cauză mai importantă decât paraplegia și orbirea.^[105] Aproximativ trei sferturi dintre bolnavii de schizofrenie au un handicap continuu cu recăderi.^[22] Unii bolnavi se recuperează complet, iar alții funcționează bine în societate.^[106] Cei mai mulți bolnavi pot trăi independent, cu ajutorul comunității.^[2] La cei care au un prim episod de psihoză un rezultat bun pe termen lung apare în 42% din cazuri, unul intermediar în 35% din cazuri, iar unul slab în 27% din cazuri.^[107] Aceste rezultate par mai bune în țările în curs de dezvoltare decât în țările dezvoltate.^[108] Aceste concluzii au fost însă puse la îndoială.^{[109][110]}

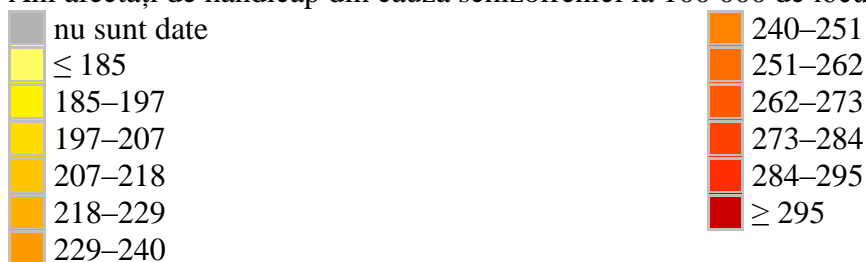
O rată a sinuciderii peste medie este corelată cu schizofrenia. Ea a fost raportată ca fiind de 10%, dar o analiză mai recentă a studiilor și statisticilor a revizuit această estimare la 4,9%, cel mai adesea în perioada următoare debutului bolii sau primei internări.^[111] Procentul bolnavilor care încearcă să se sinucidă cel puțin o dată este de câteva ori mai mare (între 20 și 40%).^{[112][113]} Există o varietate de factori de risc, incluzând sexul masculin, depresia și un coeficient de inteligență înalt.^[112]

Fumatul s-a dovedit puternic corelat cu schizofrenia în studii efectuate în diverse părți ale lumii.^{[114][115]} Folosirea de țigarete este foarte mare la cei diagnosticați cu schizofrenie, estimându-se că 80% - 90% dintre aceștia sunt fumători în mod regulat, în comparație cu 20% din restul populației.^[115] Bolnavii fumători tind să fumeze foarte mult, în plus fumează țigarete cu conținut ridicat de nicotină.^[113]

Unele date sugerează că cei care suferă de schizofrenie paranoidă ar putea avea o perspectivă mai bună de a trăi în mod independent și de funcționare profesională adecvată.^[116]

Epidemiologie

Ani afectați de handicap din cauza schizofreniei la 100 000 de locuitori în 2004.



Schizofrenia afectează în jur de 0,3–0,7% din oameni, la un anumit moment din viața lor,^[2] sau 24 de milioane de oameni pe plan mondial în anul 2011.^[117] Aceasta este de 1,4 ori mai frecventă la bărbați decât la femei și în mod obișnuit apare la bărbați mai devreme decât la femei^[3] — vârstele de vârf de apariție a bolii sunt de 20 - 28 ani la bărbați și de 26 - 32 ani la femei.^[118] Apariția în copilărie este mult mai rară,^[119] la fel ca și apariția la vârstă mijlocie sau la bătrânețe.^[120] În pofida ideii des întâlnite că schizofrenia apare cu aproximativ aceleași frecvențe la nivel mondial, prevalența ei variază de-a lungul și de-a latul lumii,^[121] între țări,^[122] și la nivel local și de cartier.^[123] Ea produce aproximativ 1% din anii afectați de handicap la nivel mondial.^[3] Frecvența schizofreniei variază de până la trei ori în funcție de definiția ei.^[2]

Istoric

Emil Kraepelin (1856 - 1926), psihiatru german, fondatorul psihiatriei științifice moderne

O descriere a unui comportament de tip schizofren găsim deja în antichitate în scrierile lui Aretaeus din Cappadocia. Rapoartele despre un sindrom similar schizofreniei sunt considerate rare în documentele istorice dinaintea secolului al XIX-lea, deși rapoarte despre un comportament irațional, ininteligibil sau scapăt de sub control erau frecvente. Un studiu de caz detaliat din 1797 cu privire la James Tilly Matthews și rapoartele lui Phillippe Pinel au fost publicate în 1809, fiind adesea considerate ca primele cazuri ale acestei boli descrise în literatura medicală și psihiatrică.^[124] Schizofrenia a fost pentru prima oară descrisă drept un sindrom distinct care-i afecta pe adolescenți și pe tinerii adulți de către Bénédict Morel în 1853, denumit *démence précoce* (tradus literal 'demență precoce'). Termenul dementia praecox a fost folosit în

1891 de către Arnold Pick într-un studiu de caz al unei tulburări psihotice. În 1893 Emil Kraepelin a introdus o diferențiere generală în clasificarea tulburărilor mentale între *dementia praecox* și tulburarea afectivă (numită depresie maniacoală și incluzând atât depresia unipolară cât și pe cea bipolară). Kraepelin credea că *dementia praecox* era în mod primar o boală a creierului,^[125] în particular o formă de demență, distinsă de alte forme de demență cum ar fi boala lui Alzheimer, care apare de obicei către bătrânețe.^[126]

Cuvântul *schizofrenie* — care se traduce drept „scindare a minții” și provine din rădăcinile grecești *schizein* (σχίζειν, „a scinda”) și *phrēn, phren-* (φρήν, φρεν-, „minte”)^[127] — a fost inventat de Eugen Bleuler în anul 1908 și era menit să descrie separarea funcțiilor între personalitate, gândire și percepție. Bleuler a descris simptomele principale drept cei patru A: *Afect plat, Autism, Asociații de idei dereglate și Ambivalență*.^[128] Bleuler și-a dat seama că boala nu era o demență, deoarece starea unora din pacienții săi se îmbunătățea în loc să se înrăutățească, propunând termenul de schizofrenie pentru aceasta. Tratatamentul a fost revoluționat la mijlocul anilor '50 prin descoperirea și introducerea clorpromazinei.^[129]

La începutul anilor '70 criteriile de diagnostic pentru schizofrenie au fost subiectul unor controverse care au dus la criteriile operaționale utilizate actualmente. Conform unui Studiu de diagnostic anglo-american din 1971, schizofrenia a fost diagnosticată mult mai des în SUA decât în Europa.^[130] Aceasta se datora în parte criteriilor mai laxe de diagnostic din SUA, care foloseau manualul DSM-II, în timp ce Europa folosea ICD-9. Studiul lui David Rosenhan din 1972, publicat în revista *Science* sub titlul „On being sane in insane places”, conchidea că diagnosticul de schizofrenie din SUA era adesea subiectiv și nu prezenta încredere.^[131] Aceștia erau unii dintre factorii care au condus la revizuirea nu numai a diagnosticului schizofreniei, ci la revizuirea întregului manual DSM, având ca rezultat publicarea DSM-III în 1980.^[132]

Termenul de schizofrenie este adesea confundat cu ideea că bolnavii ar avea o „personalitate scindată”. Deși unii oameni diagnosticați cu schizofrenie pot auzi voci și pot crede că vocile sunt personalități distincte, schizofrenia nu implică fenomenul ca o persoană să schimbe mai multe personalități distincte. Confuzia pornește în parte din interpretarea literală a termenului bleulerian de schizofrenie (Bleuler inițial a corelat schizofrenia cu disocierea și a inclus personalitatea scindată în categoria proprie pentru schizofrenie^{[133][134]}). Tulburarea disociată de identitate (a avea o „personalitate scindată”) a fost de asemenea confundată deseori cu diagnosticul de schizofrenie în conformitate cu criteriile laxe din DSM-II^{[134][135]}. Primul abuz al termenului pentru a desemna „personalitatea scindată” a apărut într-un articol al poetului T. S. Eliot din anul 1933.^[136]

Puncte de vedere alternative

Articol principal: Antipsihiatrie.

Prof. Thomas Szasz, MD, care se opune tratării bolilor mintale, arată sarcastic duplicitatea cu care sunt judecate aceste simptomele caracteristice pentru schizofrenie:

„*Dacă vorbești cu Dumnezeu înseamnă că te rogi; dacă Dumnezeu îți vorbește, suferi de schizofrenie. Dacă îți vorbesc morții înseamnă ca ești spiritist; dacă tu le vorbești morților, atunci ești schizofrenic.*^[137]”

—Thomas Szasz, *The Second Sin*

În societate și cultură

Termenul de schizofrenie a fost inventat de Eugen Bleuler.

În anul 2002 termenul japonez pentru schizofrenie a fost schimbat din *Seishin-Bunretsu-Byō* 精神分裂病 (boala-scindării-minții) în *Tōgō-shitchō-shō* 統合失調症 (tulburare de integrare) pentru a reduce stigmatizarea produsă de acest termen.^[138] Noul nume a fost inspirat de modelul bio-psiho-social; el a mărit procentul pacienților care erau informați asupra acestui diagnostic de la 37% la 70% de-a lungul a trei ani.^[139]

În Statele Unite ale Americii costul schizofreniei — incluzând costurile directe (pacienți tratați ambulatoriu, pacienți internați, medicamente și îngrijire pe termen lung) și costurile care nu sunt legate de medicină (aplicarea legii, reducerea productivității și șomajul) — a fost estimat

la 62,7 miliarde USD în anul 2002.^[140] Cartea și filmul *O minte sclipitoare* redau biografia lui John Forbes Nash, un matematician laureat la premiului Nobel care a fost diagnosticat cu schizofrenie.

Stigmatizarea socială a fost identificată drept un obstacol major în recuperarea pacienților bolnavi de schizofrenie.^[141]

Violența

Indivizii cu boli mentale severe, inclusiv schizofrenie, au un risc semnificativ mai mare de a fi victime ale infracțiunilor violente și nonviolente.^[142] Pe de altă parte, schizofrenia a fost uneori asociată cu o rată ridicată de acțiuni violente, deși ele sunt datorate în mod primar folosirii drogurilor.^[143] Procentele omuciderilor corelate cu psihozele sunt similare celor legate de abuzul de substanțe și merg în paralel cu procentele generale din acea regiune.^[144] Ce rol are schizofrenia asupra violenței în mod separat de abuzul de droguri rămâne discutabil, dar anumite aspecte ale biografiilor unor indivizi sau anumite stări mentale se pot număra printre factorii cauzatori de violență.^[145]

Rapoartele jurnalistice referitoare la schizofrenie tind să graviteze în jurul unor acte de violență rare dar neobișnuite. Mai mult, într-o populație mare și reprezentativă studiată în anul 1999, 12,8% din americani credeau că suferinzii de schizofrenie au o probabilitate foarte înaltă de a comite acțiuni violente împotriva altor persoane, iar 48,1% considerau că acest lucru este doar probabil. Peste 74% au răspuns că suferinzii de schizofrenie fie „nu prea sunt în stare” fie „nu sunt deloc capabili” de a decide asupra propriului tratament, iar 70,2% au afirmat aceleași lucruri cu privire la a decide asupra banilor proprii.^[146] Adepții ideii că suferinzii de psihoză sunt violenți s-au dublat față de anii '50, conform unei meta-analize.

Psihoza maniaco-depresiva (tulburarea bipolară)

Conceptul de tulburare bipolară a fost extins de la modificări subtile cu variații „normale” ale dispoziției până la modificări majore, patologice ale dispoziției.

Exista astfel trei tipuri de tulburare bipolară:

I – Se caracterizează printr-unul sau mai multe episoade maniacale sau mixte, acompaniate de regula de episoade depresive majore

II – Unul sau mai multe episoade depresive majore, acompaniate de un episod hipomaniacal
III- tulburare pseudo-unipolară - grup heterogen de pacienți care experimentează episoade recurente de depresie unipolară și elemente clasice care pot sugera că pacientul este pe cale să aibă un episod maniacal; acești pacienți pot avea istoric familial de tulburare bipolară, frecvent virează spre episoade hipomaniacale.

Formele ușoare par a fi frecvente și pot deveni severe datorită unor factori ce le determină gradul de evoluție. Factorii declanșatori pentru o astfel de evoluție pot fi mediate social, prin medicamente sau hormonal. Este vorba despre o interacțiune complexă între predispoziția genetică, personalitate, stres, evenimente de viață, modificate de susceptibilitatea comportamentală.

Semne și simptome ale maniei:

- dispoziție iritabilă / euforică, violență verbală și fizică ce durează de cel puțin o săptămână la care se adaugă 4 (dacă e iritabil) respectiv 3 simptome cardinale ale maniei
- insomnie- scade nevoia de somn, pacientul nefiind afectat de nivelul energetic care este chiar crescut (diferit de depresie în care nivelul energetic este scăzut, scade durata somnului cu oboseala consecutivă)
- sentimente de mărire, grandoare care sunt consecința inflației autostimei - variază de la încredere crescută în forțele proprii până la delirul grandomanic

- fuga de idei
- hiperactivitate (sociala, sexuala, profesionala)
- logoree (vorbeste mult)
- dezinhibitie (verbala, sexuala, in maniera de a sofa, cheltuie mai mult, initiative neasteptate in a initia calatoriei)
- abuz de droguri - in special cocaina, alcool, sedative

Accesul maniacal poate debuta brusc, exploziv sau precedat de simptome prodromale: indispozitie, tulburari digestive, tulburari respiratorii sau tulburari psihice care, la acelasi bolnav, de obicei sunt aceleasi („simptom semnal”). In perioada manifestarilor efective, tulburarile afective domina tabloul psihic, aparand o crestere a tonusului afectiv, euforia: bolnavul este intr-o exagerata buna-dispozitie, vesel, canta, danseaza, intra repede in relatii cu cei din jurul sau, este dispus la glume, ironii. Ritmul ideativ creste ca un torent, bolnavul este logoreic, schimbând subiectul prin asociatii repezi („fuga de idei”), care se realizeaza prin rima, ritm, contrast, continuitate. Aceasta fuga de idei efervescenta poate duce chiar la incoerenta, prin scaderea legaturilor logice. Buna-dispozitie a maniacalului poate dezlantui in salonul de bolnavi o adevarata contagiune psihica, disponand pe cei din jurul sau. Atentia spontana este exagerata, in dauna atentiei provocate, a tenacitatii si concentrarii. Memoria faptelor si evenimentelor vechi si recente este crescuta, realizand chiar o hipermnezie. Evocarile sunt etalate cu lux de amanunte, bolnavul vorbeste si scrie mult (graforee). Datorita superficialitatii perceptiilor, din cauza hipervigilantiei atentiei, apar si iluziile, in special iluziile de persoana: bolnavul confunda usor o persoana cu alta, prin scaderea posibilitatii de diferentiere. Pe planul gandirii este de subliniat aparitia ideilor delirante avand continut expansiv, a ideilor de marire, de autosupraapreciere. De exemplu, in plin puseu maniacal, o pacienta sustinea ca sotul sau, sublocotenent, a fost ridicat la grad de general, iar ea va deveni in curand prima soprana pe scena Operei. Delirul expansiv al maniacalilor este insa instabil, fugitiv, modificandu-se si renuntand la el de la o zi la alta. Limbajul gesticulat al bolnavului in puseu maniacal este bogat, iar tinuta, imbracamintea este multicolora, ornamentala, femeia se fardeaza exagerat, iar tendintele spre exhibitionism si hipersexualitate sunt frecvente. Netratat, accesul maniacal poate dura luni de zile. Remisiunea survine dupa cateva zile sau saptamani de tratament.

Semne si simptome ale depresiei:

- dispozitie trista, anxietate, accentuate dimineata
- idei de inutilitate, culpabilitate , neajutorare
- scaderea interesului pentru activitatile zilnice
- fatigabilitate, scaderea randamentului util
- dificultati de concentrare, de a lua decizii
- scadere memoriei
- neliniste, iritabilitate
- insomnii sau hipersomnii, vise cu cosmaruri
- cresterea sau uneori scaderea apetitului cu modificarea greutatii
- scaderea stimei de sine, tendinta de devalorizare, aprecieri negative a calitatilor fizice si psihice
- acuze somatice - diverse dureri care nu sunt de cauza organica (palpitatii , dureri de inima)
- idei autolitice – de suicid , idei de culpabilitate.

Accesul depresiv, numit si melancolie, este o alta manifestare a psihozei periodice, care poate surveni imediat sau dupa un interval de la remisiunea accesului maniacal sau a altui acces depresiv. Tabloul clinic al melancoliei este situat la polul opus maniei. Dispozitia trista, ideatia incetinita, aparitia unei senzatii neplacute, cu lipsa poftei de mancare, lipsa de imbold in activitate sunt simptome ce preceda uneori tabloul melancolic. in perioada manifesta, melancolicul este abatut, trist, abulic, adica nu are initiativa si nici placerea de a fi activ. Bolnavii vorbesc in soapta, raspunzand monosilabic la intrebari. Acestei inhibatii a functiilor psihice ii

corespunde si o inhibitie motorie; stau pe marginea patului, cu capul plecat pe piept, cu mainile incrucisate, cu mimica exprimand o adanca durere morala, se plang ca nu mai pot simti aceleasi sentimente, ca nu mai pot participa la viata („anestezie psihica dureroasa”). Cand depresiei i se adauga teama (anxietatea), melancoliei devin nelinistiti, se plimba agitati de la un capat la celalalt al camerei, isi frang mainile, implora de la cei din jur ajutor sau cer sa li se curme viata. Halucinatiile si iluziile auditive apar rar si au caracter depresiv. Nu rareori, gandurilor li se adauga idei delirante, avand continut depresiv. Intr-o forma mai grava, melancolia imbraca forma stuporoasa: melancolicul ramane la pat, refuza alimentatia, nu comunica cu nimeni, nu se misca din pat, nici chiar pentru indeplinirea unor necesitati fiziologice (urineaza in pat).

Acesti bolnavi, dupa un timp, din stupoare, pot trece la acte impulsive bruste (se automutileaza, se dau cu capul de pereti, se pot chiar sinucide). Dupa cum vedem, melancolia este o mare urgenta de asistenta psihiatrica. Sinuciderea survine cu o frecventa maxima, de obicei la iesirea din inhibitia motorie sau in perioadele de iesire din acces. Ca si in sindromul maniacal, si in sindromul melancolic intalnim simptome de ordin somatic. Maniacalii se alimenteaza superficial, avand un metabolism bazal crescut, scad in greutate, au un puls crescut si uneori tranzitul gastrointestinal crescut.

Hipomania

Hipomania este un nivel mediu de manie care-l face pe omul ce experimenteaza aceasta tulburare sa se simta bine, este asociata cu o buna functionare si productivitate crescuta. De aceea, cand familia sau prietenii invata sa recunoasca aceste modificari in comportament, pacientul poate nega existenta oricarei probleme.

Fara tratament adecvat, hipomania se poate transforma in manie severa sau chiar in episod depresiv.

Uneori, episoadele maniacale sau depresive pot contine elemente psihotice - halucinatii auditive, vizuale sau tactile, simte prezenta unei persoane care nu este de fapt in apropiere; sau delir de grandoare - nejustificat de situatia reala a individului, de exemplu, crede ca este presedinte sau ca ar avea puteri supranormale – in manie, sau idei de vinovatie sau ruinare –in depresie.

Uneori, aceasta tulburare se confunda cu schizofrenia datorita elementelor halucinatorii. Simptomele de manie si cele de depresie pot surveni in acelasi timp. In acest caz se numeste stadiul bipolar mixt.

Simptomele tulburarii mixte:

- agitatie
- tulburari hipnice (de somn)
- modificari ale apetitului
- psihoza
- ganduri de suicid

Persoanele cu astfel de tulburare pot avea o dispozitie deosebit de trista, neajutorata si in acelasi timp se pot simti extrem de plini de energie.

Tulburare bipolară poate apare si in cazul consumului de alcool sau abuzului de droguri, performantelor scazute la scoala sau relatiilor interpersonale neadecvate. Astfel de probleme pot accentua simptomele unei tulburari neexprimate clinic inca.

Tulburarea unipolara falsa

Termenul de “unipolar fals” este aplicat depresiei recurente clasificata initial ca unipolara, dar care dezvoltă ulterior episoade maniacale sau hipomaniacale, necesitand reclassificarea ca tulburare bipolară.

Frecventa ciclica

Frecventa ciclica a variatiei dispozitiei in tulburarea bipolară poate cuprinde perioade de remisiune cu durata de ani, apar schimbări multiple ale dispozitiei in cursul unui an, pana la o forma extrema a variatiei dispozitiei care survine in decurs de ore sau minute. Trecerea de la un episod la altul este favorizata de diversi factori (stres, intreruperea tratamentului). A fost elaborata o subclasificare determinata de variatia dispozitiei ca frecventa ciclica in evolutia acestei conditii:

- ciclizare rapida - 4 sau mai multe episoade de perturbare semnificativa a dispozitiei intr-un an
- ciclizare ultrarapida - episoade ce survin in saptamani sau zile
- ciclizare ultradiana - variatii semnificative ale dispozitiei in cursul unei zile
- ciclizare continua - absenta intervalelor de remisie

Ciclizarea rapida este asociata cu risc crescut de suicid. Stari afective mixte in care simptomele depresive si maniacale alterneaza atat de rapid incat se ajunge sa nu se mai poata face distinctia intre ele sau chiar coexista.

Abuzul de substante psihoactive si antidepresive a fost implicat in dezvoltarea ciclizarii rapide si pare a fi o complicatie a tulburarii bipolare tip II.

Alti factori organici, incluzand anomaliiile pragului convulsivant, disfuncția hormonilor tiroidieni, pot avea legatura cu dezvoltarea sau accelerarea ciclurilor dispozitiei. Ciclizarea rapida din tulburarea bipolară tip II indusa de agentii farmacologici poate fi confundata cu stari mixte si poate duce la clasificari gresite.

Epilepsia

Epilepsia este o tulburare neurologica comuna care se datoreaza unor factori care interfereaza cu impulsurile electrice la nivelul creierului. Sistemul nervos produce descarcari electrice bruste, excesive si dezorganizate, care duc la aparitia convulsiilor. Convulsiile interfera temporar cu controlul musculaturii, controlul defecatiei (eliminarea de fecale), vorbirea, vederea si constienta bolnavului. Aparitia convulsiilor este inspaimantatoare, in special daca sunt severe.

Din fericire, tratamentul reduce impulsurile electrice anormale la nivelul creierului si controleaza crizele convulsive.

Epilepsia nu este o forma de retardare intelectuala sau boala psihica si nu este contagioasa.

Cauzele epilepsiei nu sunt pe deplin cunoscute. Mai putin de jumatate din bolnavii de epilepsie, au o cauza primara neidentificabila.

Adesea, epilepsia este rezultatul unor alte boli cum ar fi:

- traumatismele craniene
- tumorile cerebrale
- infectiile cerebrale
- accidente vasculare cerebrale

Epilepsia poate aparea si la persoanele fara factori de risc. Nu poate fi identificata intotdeauna o cauza. Acest lucru este valabil, in special, in multe forme de epilepsie la copii. La unele persoane, epilepsia se datoreaza unei tumori, infectii sau traumatisme cerebrale. Epilepsia apare mai frecvent la copii decat la adulti. Este posibil sa existe agregare familiala (adica mai multe cazuri de epilepsie in familie), dar nu este obligatoriu sa existe istorie familiala de epilepsie pentru ca cineva sa faca epilepsie.

Convulsiile epileptice apar atunci cand descarcarile electrice anormale ale neuronilor perturba echilibrul normal al impulsurilor nervoase. Factorii care determina aceste descarcari electrice anormale nu sunt intotdeauna clari.

Afectiunile care pot duce la aparitia epilepsiei sunt:

- traumatismele craniene
- accidentele vasculare cerebrale sau alte boli care afecteaza circulatia sangvina la nivelul creierului
- ateroscleroza (depunerea de grasimi) arterelor cerebrale
- tumorile cerebrale
- infectiile cerebrale, cum ar fi meningita sau encefalita
- boala Alzheimer
- abuzul de bauturi alcoolice
- abuzul de droguri si perioada de dezintoxicare

Tumorile, zonele de tesut cicatriceal datorate traumatismelor sau altor boli pot deteriora o anumita zona din creier si pot determina convulsii partiale.

Cu toate acestea, epilepsia poate aparea in absenta tuturor acestor conditii.

Simptome

Convulsiile sunt singurul simptom vizibil al epilepsiei. Exista mai multe tipuri de convulsii, iar simptomele fiecarui tip in parte se manifesta diferit la diferite persoane. Convulsiile pot dura de la cateva secunde pana la cateva minute. Constienta poate fi pierduta sau mentinuta in timpul convulsiilor, depinzand de tipul de epilepsie. Unii bolnavi isi amintesc ce s-a intamplat in timpul convulsiilor, in timp ce altii nici nu realizeaza ca au facut convulsii.

Convulsiile in timpul carora bolnavul cade sau muschii devin rigizi (tepeni) sau isi pierde controlul sunt usor de recunoscut. Dar multe convulsii nu implica aceste reactii, si pot fi foarte greu de recunoscut. Unele convulsii se manifesta printr-o privire fixa si pierduta timp de cateva secunde. Altele constau in cateva spasme musculare, sau in caderea capului din pozitia normala sau perceptia unor mirosuri (de obicei neplacute) si unor imagini pe care doar bolnavul le simte.

Convulsiile epileptice survin, adesea, fara o avertizare in prealabil, cu toate ca unii bolnavi mentioneaza o "aura" inainte de inceperea convulsiilor. Convulsiile inceteaza atunci cand activitatea electrica anormala se incheie si activitatea cerebrala revine la normal.

Convulsiile sunt de doua tipuri:

- partiale
- generalizate

Cum se produce?

Desi epilepsia este una dintre cele mai comune tulburari neurologice care implica sistemul nervos, specialistii nu pot explica exact cum sau care sunt motivele pentru care aceasta boala apare si cum sau de ce apar descarcarile electrice anormale la nivel cerebral. Epilepsia nu are o evolutie previzibila. Poate aparea la orice varsta si se poate agrava dupa o perioada de ameliorare.

Desi neobisnuit, aceasta boala care afecteaza initial o anumita arie a creierului poate sa se extinda si intr-o alta arie cerebrala. Unele tipuri de epilepsie ale copilului dispar odata ce acesta ajunge la varsta adolescentei. Alte tipuri pot persista toata viata. Epilepsia cauzata de un traumatism craniocerebral poate disparea dupa cativa ani sau poate persista toata viata. Nu exista nici un tratament care sa vindece epilepsia, dar din fericire, exista tratamente care sa controleze aparitia convulsiilor epileptice si care pot preveni repetarea acestora.

Factori de risc

Riscul de a face epilepsie este crescut atunci cand exista:

- istorie familiala de epilepsie (mai multi bolnavi de epilepsie in familie)

- traumatisme craniene (de exemplu fractura craniana sau o plaga penetranta) asociate cu pierdere de constienta sau amnezie mai mult de 24 de ore; cu cat este mai sever traumatismul cranian, cu atat riscul pentru epilepsie este mai mare
- accidente vasculare cerebrale sau alte boli care afecteaza circulatia sangvina la nivelul creierului
- tumorile cerebrale
- infectiile cerebrale, cum ar fi meningita sau encefalita
- intoxicatia cu plumb
- intoxicatia alimentara
- expunerea la fumuri toxice
- tulburari ale dezvoltarii cerebrale survenite in timpul vietii intrauterine
- abuzul de droguri
- convulsiile febrile (convulsii care apar la copii de pana la 5 ani atunci cand fac febra crescuta din diverse cauze)
- boala Alzheimer

Cum s-a precizat si anterior, nu este obligatoriu sa existe acesti factori. Epilepsia poate aparea si in lipsa acestora din motive necunoscute, in special in diferitele tipuri de epilepsii ale copiilor.

Diagnostic

Stabilirea diagnosticului este vitala pentru identificarea celui mai eficient tratament pentru controlarea convulsiilor.

Diagnosticul epilepsiei poate fi dificil. Trebuie consultat un medic specialist neurolog si este nevoie de colaborarea deschisa cu acesta. Examinarea facuta de acesta se va axa in principal pe 3 intrebari si anume:

Au fost convulsii cu certitudine sau ceva asemanator convulsiilor?

Mai multe conditii pot fi asemanatoare convulsiilor, dar nefiind de fapt convulsii. Acestea includ:

- dureri de cap cu caracter de migrena
- spasme musculare
- ticuri
- tulburari de somn
- convulsii psihogenice
- intervale de timp de apnee (fara respiratie)

Administrarea de medicamente antiepileptice in cazul convulsiilor neepileptice expun bolnavul la riscuri care nu sunt necesare.

Convulsiile sunt determinate de epilepsie?

Nu toate persoanele care fac convulsii au epilepsie. Convulsiile pot fi determinate si de alti factori, cum sunt:

- febra
- anumite medicamente
- dezechilibre electrolitice
- inhalarea de fumuri toxice

Administrarea de medicamente antiepileptice persoanelor care nu sufera de epilepsie, pot determina aparitia convulsiilor care altfel nu ar fi aparut.

In cazul in care este epilepsie, ce fel de tip de convulsii au fost?

Exista mai multe tipuri de convulsii epileptice (partiale si generalizate) care nu sunt tratate in aceeasi maniera sau cu aceleasi medicamente. Medicamentele care controleaza convulsiile

partiale, pot agrava convulsiile generalizate sub forma de absente (acestea sunt niste crize nonconvulsive, care constau in oprirea brusca si de scurta durata a activitatii motorii, cu privirea in "gol" si pierderea cunostintei; bolnavul nu cade in timpul acestui atac si exista amnezia atacului).

Tratament

Tratamentul poate reduce frecventa aparitiei convulsiilor sau le poate preveni in cele mai multe cazuri de bolnavi de epilepsie si determina disparitia crizelor acestor persoane pe toata durata vietii. Convulsiile necontrolate au un impact semnificativ asupra modului de viata - nu se pot obtine permise de conducere de automobile, anumite meserii sunt interzise precum si anumite activitati. Desi convulsiile prin ele insele nu afecteaza fizic bolnavii, ele au un risc de traumatisme fizice si chiar si moarte, depinzand de locatia in care se afla si momentul in care bolnavul face convulsii. Convulsiile apar pe neasteptate si pot determina caderea bolnavului, inecarea sau alte accidente. Asa numitul status epileptic (o criza convulsiva care dureaza mai mult decat de obicei, mai mult de 5 minute) duce la coma si moarte. Prin reducerea frecventei sau eliminarea convulsiilor, calitatea vietii bolnavilor se imbunatateste considerabil. Un diagnostic corect este vital pentru administrarea tratamentului eficient. Deciziile de tratament se bazeaza in primul rand pe tipul epilepsiei si tipul convulsiilor - tratamentul care amelioreaza un tip de convulsii, le agraveaza pe altele. Varsta, starea de sanatate si stilul de viata sunt alti factori importanti in alegerea tratamentului.

Poate dura mai mult timp pana la gasirea celei mai bune combinatii de medicamente, prin ajustarea dozelor, prin incercarea mai multor medicamente. Scopul este de a preveni aparitia convulsiilor cu pretul unor efecte adverse cat mai reduse posibil. Odata ce a fost gasit cel mai eficient tratament, este foarte important ca bolnavul sa il urmeze intocmai recomandarilor medicului neurolog.

Cu ajutorul medicului, trebuie ca pacientul sa cantareasca beneficiile unui anumit tratament comparativ cu dezavantajele, care include efectele adverse, riscurile si costurile acestui tratament.

Domeniul psihozelor organice

Psihozele organice sau psihozele simptomatice, dupa unii autori, reprezinta un grup de tulburari psihopatologice cu aspecte extrem de polimorfe simptomatologic, insuficient de bine clarificate. Din acest motiv nu se poate vorbi de un punct de vedere comun intre specialistii in aceasta problema.

Psihozele exogene sunt cele care au cauze externe, nelegate de factori de predispozitie interni ai personalitatii bolnavului. Ele pot fi primitive, de tipul "psihozelor organice cerebrale" sau secundare, de tipul "psihozelor simptomatice secundare unor afectiuni somatice", din cursul evolutiei unor afectiuni somatice generale.

Acest grup de tulburari psihice sunt cunoscute de foarte multa vreme. Hipocrate vorbea de "phrenitis" referindu-se la tulburarile de orientare psihica. Aretheus facea deosebirea intre delirul febril si euforia produsa de unele stupefiante. Celsiuc descrie tulburarile psihice din cursul bolii febrile,etc.

Un moment istoric important este cel legat de descrierea de catre Bayle (1822) a paraliziei generale progresive (PGP), boala psihica cu substrat organico-cerebral demonstrat (meningo-encefalita-siifilitica) in cadrul careia sunt asociate leziunilor organice cerebrale specifice si constante, tulburari psihice caracteristice.

Descrierea formelor clinice

1) Sindromul psiho-organic cerebral

Simdromul psiho-organic cerebral desemneaza grupul de tulburari psihice care afecteaza procesele de baza ale personalitatii si statutul social al individului respectiv.

K.Bonhoeffer a subliniat faptul, cand a descris "tipul exogen de reactie" ca fiecare agent nociv care afecteaza creierul produce tablouri clinico-psihiatrice specifice. In felul acesta tulburarile de constiinta pot fi determinate de procese toxice sau tumorale pe cand starile dementiale pot fi rezultatul unei anoxii, traumatismelor cerebrale sau bolilor degenerativ-abiotrofice primar.

W.A.Lishman, facand o sinteza a modificarilor psihopatologice care apar in cursul sindromului psiho-organic cerebral noteaza prezenta urmatoarelor tulburari: reactia organica acuta si reactia organica cronica; confuzia; obnubliarea constiintei; delirul; starile crepusculare; coma; stupoarea; dementa; schimbarile de personalitate; sindromul amnestic cronic.

Aspecte psihopatologice generale

Psihozele exogene reprezinta o grupa de tulburari psihopatologice cu un profil clinic bine conturat, in care sunt reunite "afectiuni psihice de intensitate psihotica, de o gravitate severa, cu o etiologie externa, afectand structurile cerebrale sau aparute secundar unor afectiuni somatice grave. Prin aceste caracteristici, ele se diferentiaza de grupa psihozelor endogene, care au ca etiologie o "dispozitie patologica" de tip genetic-constitutional, fiind aparent lipsite de o etiologie externa si de o afectare lezionala specifica cerebrala. Din punct de vedere etiologic, psihozele exogene recunosc urmatoarele grupe de factori cauzali, care le diferentiaza clinic:

a) psihozele organice cerebrale - afectiuni psihice secundare unor leziuni ale creierului, in care distingem urmatoarele posibilitati etiologice: traumatisme craniocerebrale, afectiuni sculare (hemoragii, arterioscleroza, ramolimente cerebrale, tromboze etc), boli infectioase ale sistemului nervos central (meningite, encefalite, meningoencefalite), tumori cerebrale, malformatii ale creierului, boli neurologice asociate cu tulburari psihice (coree cronica Huntington, maladia Parkinson, scleroza in placi etc.);

b) psihoze toxice, grupand afectiuni psihice grave consecutive unor intoxicatii cronice, ale sistemului nervos (alcool, droguri psihotrope etc.);

c) psihoze meolice si caren/iale care pot aparea ca o consecinta a unor tulburari somatice (insuficienta hepatica cronica, insuficienta renala cronica, encefalopatia porto-ca, diabet, pelagra, boli somatice cronice consumptive, starile terminale ale unor afectiuni somatice etc.) in cursul carora tulburarile psihice de intensitate psihotica sunt o consecinta a tulburarilor somatice primare;

d) psihozele endocrine - psihozele exogene care grupeaza o categorie aparte de louri clinico-psihiatrice, recunoscute de numerosi autori, dar grupate sistematic si descrise sub forma "sindromului psihoendocrin" de M. Bleuler. Ele cuprind tulburarile psihice consecutive unor afectiuni primare ale glandelor endocrine (hiper- sau hipotirodismul, insuficienta suprarenala, insuficienta hipofizara, disfunctiile endocrino- gonadice etc). Tot legat de aceasta categorie de tulburari, in care predomina dereglarea endocrina cu consecintele sale particulare, sunt induse si tulburarile psihice legate de perioada de maternitate, descrise de P. Sidon (psihozele de gestatie, psihozele de lactatie etc).

Tulburarile psihice din cursul psihozelor exogene sunt inteligibil corelate cu tulburarile neurologice sau somatice primare, ele aparand ca manifestari clinico-psihiatrice secundare ale acestora. Ca si in cazul afectiunilor psihosomatice, existenta grupului de psihoze exogene ne obliga din punct de vedere psihopatologic sa avem o viziune de factura "unitara" asupra personalitatii, viziune in care raportul somatic/psihic nu mai este separat, ci el trebuie inteles ca un echilibru structurat si dinamic al organizarii persoanei umane, ca o relatie de interdependenta. Intersectarea in sfera patologiei a tulburarilor psihice cu cele somatice demonstreaza ca

sectoarele organizarii personalitatii functioneaza sinton, atat in stare de normalitate, cat si in conditii patologice. Acest aspect demonstrat de existenta grupului psihozelor exogene se poate remarca si in cazul psihozelor endogene, care, la randul lor, sunt insotite de tulburari somatice. Vom analiza in cele ce urmeaza cele mai importante aspecte pe care le ridica, din punct de vedere psihopatologic, psihozele exogene.

Domeniul psihozelor organice

Psihozele organice sau psihozele simptomatice, dupa unii autori, reprezinta o grupa de tulburari psihopatologice cu aspecte extrem de polimorfe simptomatologie, insuficient de bine clarificata. Din acest motiv, nu se poate inca vorbi despre un anumit punct de vedere comun intre specialisti in aceasta problema.

Unii specialisti le considera a fi "louri clinice de tip psihotic care insotesc evolutia unor boli somatice, exceptand bolile cerebrale propriu-zise". Pentru alti autori, psihozele la care ne-am referit (de etiologie somatica) sunt considerate a fi "psihoze simptomatice", pe cand "psihozele organice" propriu-zise reprezinta acea grupa de tulburari psihice determinate de leziuni organice cerebrale, asa cum vom arata in continuare.

Aceste psihoze sunt etichetate, din punct de vedere etiopatogenetic, ca "psihoze exogene", ele and cauze externe, nelegate de factori de predispozitie interni ai personalitatii bolnavului. Ele pot fi primitive, de tipul "psihozelor organice cerebrale", sau secundare, de tipul "psihozelor simptomatice secundare unor afectiuni somatice".

Aceasta grupa de tulburari psihice este cunoscuta de foarte multa vreme. Hipocrat vorbea de phrenitis, referindu-se la tulburarile de orientare psihica. Aretheus facea deosebire intre delirul febril si euforia produsa de unele stupefiante. Celsius descrie tulburarile psihice din cursul bolilor febrile. Galenus face distinctia intre delirurile idiopatice si cele secundare. In epoca moderna, sunt descrise tulburarile psihice din cursul pelagrei, Chaslin descrie ca o forma particulara confuzia mintala primara, iar Tanzi si Lugaro studiaza psihozele de origine somatica. K. Bonhoeffer descrie "tipul exogen de reactie".

Un moment istoric important este cel legat de descrierea clinica de catre Bayle (1822) a paraliziei generale progresive (PGP), boala psihica and substrat organic cerebral demonstrat (meningoencefalita sifilitica), in cadrul careia leziunilor organice cerebrale specifice si constante le sunt asociate tulburari psihice caracteristice.

Legat de psihozele organice, exista tendinta, justificata, de altfel, de a delimita un domeniu al "psihiatriei organice", in care tulburarile psihopatologice sunt determinate de leziunile organice cerebrale, fie in mod direct, fie secundar (W.A. Ushman).

Definitie si caracteristiciIn ceea ce priveste domeniul psihozelor exogene, K. Schneider face o delimitare neta, si anume:

- termenul exogen se refera la psihozele acute, asa cum sunt ele cuprinse in sfera "tipului exogen de reactie" descris de K. Bonhoeffer;
- termenul organic se refera in mod direct la psihozele organice cerebrale.

Din punct de vedere psihopatologic, se disting doua grupe de manifestari simptomatice, si anume:

- a) simptome obligatorii, care sunt prezente in toate cazurile, reprezentate prin: obnubilarea constiintei, dezintegrarea personalitatii, dementa;
- b) simptome facultative, care nu apar decat in anumite circumstante si sunt reprezentative pentru tulburarile legate de localizarea leziunilor cerebrale.

In ceea ce priveste dinamica psihopatologica a proceselor psihotice de cauza organica cerebrala se pot delimita cate "modele de evolutie clinica", asa cum se poate vedea in schema de mai jos.

Tulburarile psihopatologice cu substrat lezional organic cerebral pol avea cauze multiple si ele sunt reunite, in mod curent, in cadrul "sindromului psiho-organic cerebral", entitate clinico-

psihiatrica recunoscuta si acceptata de toti specialistii. Tulburarile clinico-psihiatrice depind de localizarea si intinderea, gravitatea afectarii lezionale a creierului. in sensul acesta, se descriu doua posibilitati anatomo-clinice: tulburari cauzate de "leziuni cerebrale in focar circumscris" si tulburari cauzate de "leziuni cerebrale difuze".

Leziunile cerebrale "in focar" intereseaza numai anumite zone cerebrale si pot fi cauzate de urmatorii factori etiologici: leziuni traumatice ale creierului; leziuni sculo-cerebrale (hemoragii, ramolimente, ancvrisme, angioame, hematoame); tumori cerebrale (primitive sau secundare, de natura metastatica); neuroinfectii (encefalite virale, meningoencefalite, meningite, neurosifilis); parazitoze cerebrale.

Leziunile cerebrale "difuze" intereseaza zone intinse ale creierului si ele apar, de regula, in cursul evolutiei clinice a unor afectiuni de natura degenerativ-abiotrofica, asa cum sunt intalnite in dementele presenile (Pick si Alzheimer) sau in dementele senile si prezbiofrenie, in alcoolismul cronic, in epilepsie etc.

J.M. Burchardt a sintetizat aceste sindroame psiho-organice cerebrale in urmatoarele cinci tipuri: sectiunea medulara cu tetraplegie; starea de coma de diferite grade si intensitate ca gravitate; sindromul apatic (Kretschmer); sindromul Korsakow; sindromul psiho-organic cerebral (epilepsie, PGP, demente etc), asa cum se poate vedea in schema de mai jos:

In schema de mai sus se poate obser ca tipul de tulburari riază in raport cu sediul leziunilor cerebrale, dupa cum acestea intereseaza encefalul (E), cerebelul (C) sau trunchiul cerebral (T). Sediile leziunilor legate de acestea sunt urmatoarele:

- 1 : sectiunea medulara inalta, care produce tetraplegie ;
- 2 : sectiunea trunchiului cerebral, care produce starile de coma;
- 3 : sectiunea inalta a partii rostrale a trunchiului cerebral, care produce sindromul apatic;
- 4 : leziuni specifice sindromului Korsakow ;
- 5 : leziuni cercbro-corticale intinse si difuze cu evolutie progresi si ireversibila, specifice sindromului psiho-organic cerebral.

Clasificarea psihozelor organice In cazul incercarilor de clasificare a psihozelor organice, trebuie facuta distinctia intre sindromul mintal organic si tulburarea mintala organica. Le vom descrie in continuare.

Sindromul mintal organic se refera la o constelatie de semne si simptome clinice sau comportamentale, Iara a face o referire speciala la etiologia acestora.

Tulburarea mintala organica este cea care desemneaza un sindrom organic particular in care etiologia este cunoscuta sau cel putin presupusa.

Elementul esential al tuturor acestor tulburari il reprezinta o anomalie psihologica sau comportamentala, asociata cu o disfunctie tranzitorie sau permanenta a creierului. Tulburarile mintale organice sunt diagnosticate prin recunoasterea prezentei unuia dintre sindroamlele mintale organice, prin demonstrarea cu ajutorul anamnezei bolnavului, al examenului somatic, neurologic si psihiatric si al testelor psihodiagnostice a prezentei unui factor specific organic ca fiind responsabil din punct de vedere etiologic de starea mintala anormala a bolnavului. Toate aceste aspecte justifica diferentele in ceea ce priveste clasificarea psihozelor organice, asa cum vom arata mai jos. In cadrul sindroamelor mintale organice, DSM-III-R include sase grupe de afectiuni **psihice, si anume:**

- a) deliriumul si dementa, in care deteriorarea cogniti este globala;
- b) sindromul amnestic si halucinoza organica, in care sunt deteriorate ani de cunoastere relativ selective;
- c) sindromul delirant organic, sindromul afectiv organic si sindromul anxietatii organice, care au ca elemente comune, asemanatoare, tulburari schizofreniforme, tulburari afective si tulburari anxioase ;
- d) sindromul personalitatii organice, in cursul caruia este afectat sistemul personalitatii globale a bolnavului, and un aspect de deteriorare specifica;
- e) intoxicatia si abstinenta, in care tulburarea este asociata cu ingestia sau cu reducerea aportului unor substante excitante, euforizante, de tipul alcoolului sau a drogurilor psihotrope

halucinogene ;

0 sindroamele metale organice, care constituie o categorie reziduala a sindroamelor organice cerebrale. R. Mittray. P. Murray si A. Thorley disting, in cadrul sindroamelor organice cerebrale, doua grupe principale de tulburari psihopatologice:

1. Reactia organica acuta sau starea confuzionala acuta, in care loul clinic este dominat de tulburari de constiinta, cu reducerea considerabila a vigilitatii bolnavului pana la starea de coma de diferite grade. in general, acest tip de tulburari au un caracter reversibil.

2. Reactia organica cronica sau dementa, in cursul careia asistam la o degradare globala si progresi a intelectului, memoriei si personalitatii, fara modificari ale starii de constiinta.

Tulburarile mentionate au un caracter progresiv si ireversibil. in fazele incipiente se noteaza prezenta unor tulburari emotional-afective (anxietate, stari depresive, iriilitate, explozii emotionale), stari de perplexitate sau o atitudine de suspiciune, diferite tulburari de personalitate.

Toate acestea sunt legate, in principal, de o atingere lezionala a lobilor frontali. in aceasta categorie de tulburari, autorii anterior mentionati, includ urmatoarele afectiuni: procesele degenerative sau dementele primare (dementele presenile Pick si Alzheimer, dementa senila si pre/.biofrenia, coreea cronica Huntington si maladia Creutzfeldt-Jakob); dementa ASC ; tumorile cerebrale ; neuroinfectiile (encefalitele virale si neuro-sifilisul); traumatismele cerebrale.

R. Toile propune o clasificare sintetica a sindromului psiho-organic cerebral, care acopera majoritatea aspectelor discutate anterior, asa cum se poate vedea in urmatoare:

Descrierea formelor clinice

I. Sindromul psiho-organic cerebral

Sindromul psiho-organic cerebral desemneaza grupul de tulburari psihice care afecteaza procesele de baza ale personalitatii si statutul social a individului respectiv.

K. Bonhoeffer, cand a descris "tipul exogen de reactie*", a subliniat faptul ca fiecare agent nociv care afecteaza creierul produce louri clinico-psihiatrice specifice. in felul acesta, tulburarile de constiinta pot fi determinate de procese toxice sau tumorale, pe cand starile dementiale pot fi rezultatul unei anoxii, al traumatismelor cerebrale sau bolilor degenerativ-abiotrofice primare.

W.A. Lishman, facand o sinteza a modificarilor psihopatologice care apar in cursul sindromului psiho-organic cerebral, noteaza prezenta tulburarilor descrise in continuare:

1. Reactia organica acuta si reactia organica cronica reprezinta termenii cel mai frecvent utilizati si care desemneaza atat durata, cat si prognosticul afectiunilor respective.

2. Confuzia este manifestarea psihopatologica manifestata prin faptul ca bolnavul isi pierde capacitatea obisnuita de a mai gandi cu claritate si coerenta. in cazul reactiei organice acute, functia psihica predominant afectata este constiinta, iar in cazul reactiei organice cronice, functia psihica predominant afectata este gandirea, ca o consecinta a gravitatii, intinderii si duratei indelungate a leziunilor cerebrale.

3. Obnubilarea constiintei este forma psihopatologica intermediara intre starea de veghe si coma. Ceea ce se tulbura, in acest caz, sunt procesele de gandire, atentia, perceptiile si memoria sau, in mod sintetic spus, procesele cognitive, in special legate de reducerea starii de vigilentia a bolnavului.

4. Delirul se refera la diferitele grade de tulburare incluzand raspunsuri verbale, cresterea activitatii psihomotoare, care capata un caracter agitat, dezorganizat, haotic, tulburarile de afect, aparitia iluziilor si a halucinatiilor. Exemplul tipic este oferit de starea de delirium tremens din cursul alcoolismului. Spre deosebire de confuzia simpla, in care sunt tulburate procesele cognitive, in cursul delirului apar tulburarile mai sus mentionate pe fondul tulburari starii de constiinta.

5. Starile crepusculare suni caracterizate de K. Bonhoeffer prin urmatoarele aspecte psihopatologice principale: halucinatii, manifestari epileptiforme, amentie. La acestea, care pot dura de la cate ore la cate saptamani, se mai pot adauga tulburari de comportament de lipul

actelor violente, crize de manie sau de angoasa.

6. Coma reprezinta gradul cel mai sever de tulburare a starii de constiinta. in cursul acesteia, bolnavul este incapabil de a simti sau de a putea raspunde in mod adecvat la stimulii externi sau la propriile sale nevoi interioare. Coma este un fenomen psihopatologic de diferite grade ca profunzime, mergand de la somnul adanc pana la starea de stupeoare.

7. Stupoarea este o stare psihopatologica intermediara intre tulburarea usoara de constiinta si coma profunda. Aceasta implica urmatoarea acceptiune: este un sindrom caracteristic, cauzat de leziuni ale zonelor invecinate diencefalului si partii anterioare, rostrale, a trunchiului cerebral, zona in care se afla situat "sistemul centrencefalic", considerat de W. Penfield ca fiind "sediul constiintei". O forma particulara a acestei tulburari o reprezinta mutismul achinetic, caracterizat printr-o stare de imobilitate fizica, incapacitatea bolnavului de a comunica verbal, cu o pastrare aparenta a starii de constiinta vigila.

8. Dementia este o tulburare psihopatologica prezentand doua forme:

a) un grup de afectiuni psihice reunit cu o etiologie specifica de tip degenerativ-abirotic (dementele presenile Pick si Alzheimer si dementia senila);

b) grupul dementelor de cauze diferite in relatie cu primele (sculare, toxice, traumatice, infectioase etc).

Acest grup de tulburari este caracterizat printr-un proces degenerativ cu evolutie clinica progresiva, printr-un prognostic grav si ireversibilitate. Din punct de vedere psihopatologic, sindromul demential se caracterizeaza printr-o afectare globala a intelectului, memoriei si personalitatii, dar fara tulburari de constiinta. Evolutia clinica este indelungata, progresiva si ireversibila. in cadrul acestui sindrom se noteaza urmatoarele tipuri de tulburari psihopatologice: tulburari de memorie, atentie, gandire, intelegere, tulburari ale starii de dispozitie afectiva, de personalitate si comportament social.

9. Schimbarile de personalitate sunt deosebit de frecvente in cursul sindromului psihorganic cerebral. Tulburarile constau din schimbari de temperament, schimbarea modului de reactie a bolnavului si defecte cognitive. Toate acestea conureaza loul specific tipului psihopatologic de "personalitate organica cerebrala".

10. Sindromul amnestic cronic este caracterizat din punct de vedere psihopatologic printr-o tulburare de memorie, legata de deficitul intelectual global al bolnavului. Acest sindrom este frecvent intalnit in cursul encefalopatiei Wernicke si a psihozei Korsakow. Sindromul amnestic cronic se deosebeste de sindromul demential prin faptul ca in cazul acestuia predomina in principal tulburarile de memorie, pe cand in cazul sindromului demential se remarca predominanta tulburarii proceselor cognitive.

Paralizia generala progresiva (PGP)

Aceasta afectiune psihiatrica a fost descrisa prima data de catre Bayle (1822), ca reprezentand modelul clasic de boala psihica, in cursul careia tulburarilor neuropsihice li se asociaza un substrat organic lezional specific al creierului, atat ca localizare, cat si ca etiologie. Ea este una dintre afectiunile neurosifilisului, alaturi de esul dorsal si scularita luetica.

Din punct de vedere anatomo-clinic PGP este o meningoencefalita cronica cu localizare predominant frontala, de origine sifilitica, cu leziuni specifice.

Din punct de vedere psihopatologic, PGP se caracterizeaza printr-o simptomatologie constanta, sistematizata intr-o triada reprezentata prin urmatoarele:

a) sindromul psihiatric: se caracterizeaza printr-o modificare importanta a caracterului si comportamentului familial, profesional si social al bolnavului. La aceasta se adauga tulburari de memorie, dezorientare temporal-spatiala si o importanta diminuare a simtului critic si moral. Bolnavul prezinta o stare initiala de expansiune euforica, pe fondul careia se dezvolta un delir expansiv de tip megalomaniac. Ulterior, din cauza degradarii globale a personalitatii, asistam la o slabire considerabila a intelectului, apatie, indiferentism si instalarea unui delir melancolic cu note ipohondriace;

b) sindromul neurologic : se manifesta printr-un mare polimorfism de semne clinice care

traduc un deficit functional, in primul rand motor. in sensul acesta, notam urmatoarele: dificultati de mers si echilibru, disartrie, tremuraturi, tulburari ale reflexelor osteo-tendinoase, inegalitate pupilara (anizocorie) cu pastrarea acomodarii la distanta si pierderea capacitatii de acomodare la lumina (semnul Argyll-Robertson);

c) sindromul humoral: are un caracter de mare specificitate diagnostica prin confirmarea etiologici sifilitice a bolii. El pune in evidenta pozitivitatca reactiei Bordet--Waserman in lichidul cefalorahidian, confirmand prin aceasta natura afectiunii.

Din punct de vedere clinico-psihiatric, PGP poate lua mai multe aspecte psihopatologice, cum ar fi: forma expansiv-excitanta, de factura hipomaniacala-moriatica, prin afectarea lobilor frontali; forma depresi, forma apatica sau dementiala ; forma epilep-toida cu crize paroxistice de pierdere a cunostintei de tip epileptic; forma medico-legala cu tulburari de comportament antisocial, delictual, cu caracter absurd.

Tema 7

Personalitatea și tulburările de personalitate

- 1. Structura personalității umane. Noțiuni de accentuare de caracter.**
- 2. Cauzele apariției și specificul clinic al tulburărilor de personalitate.**
- 3. Aprecierea psihiatrico-legală a tulburărilor de personalitate, aplicarea noțiunii de discernământ diminuat.**

Tulburarile de personalitate din perspectiva clinicii psihiatrice

DATE ISTORICE :

Daca istoria omenirii consemneaza si descrie, inca din Antichitate, diverse variante de tulburari psihopatologice, acestea, la randul lor, integreaza sau fac trimiteri la attributele firii umane si la structurarile sale dizarmonice, exeriorizare prin tulburari de comportament si adaptare. Cunoasterea lor devine o conditie fundamentala a perceperii si intelegerii evenimentelor istorice, a caror dinamica sau alternanta a fost si este mereu mediate personologic.

Hipocrate a fost cel care a postulat existenta a patru mari umori ale corpului uman: bila galbena, respectiv neagra, limfa si sangele, care au fost corelate cu cele patru elemente constituate ale lumii si cu cele patru anotimpuri, prezenta lor in exces dezvoltand cele patru tipuri de temperamnet: coleric, melancolic, flegmatic si sangvinic.

Treptat s-au conturat si s-au descris diferite entitati nosologice psihiatrice de tulburari de comportament, mai mult sau mai putin manifeste. Atunci cand suferintele provocate anturajului primeau attributele agresivitatii si criminalitatii, cazurile erau abordate medico-legal. Francezul Philip Pinel, psihiatru la Bicetre, a ramas in istorie ca eliberator al condamnatilor cu tulburari psihice, care erau tinuti in conditii de temnita. El a observat cu deosebita atentie cazuistica si particularitatile faptelor incriminatorii si a deschis "mania fara delir" ca entitate integratoare a comportamentului imoral si criminal in absenta unor fenomene psihotice cunoscute, precum halucinatiile sau ideile delirante. Tulburarile de personalitate tind treptat sa fie privite ca expresii ale unor procese degenerative ale sistemului nervos de natura constitutional-ereditara.

Intre 1867 si 1882 Kraft-Ebing descrie o structura psihologica dominata de cruzime si introduce in vocabularul medical termenii de sadism si masochism. in conceptia autorului comportamentele impulsiv-agresive, sunt expresia pulsiunilor sexuale deviate si apanajul-cu precadere-al sexului masculin. Severitatea manifestarilor este in directa concordanta cu prezenta unor trasaturi de serie psihotica.

Cele 10 subtipuri de personalitati patologice studiate de psihiatrul german raman modelele de profunzime si acuratetedescriptiva: psihopatul hipertim,depresiv, nesigur de sine, fanatic, cu stima de sine scazuta, instabil, exploziv, nervos, apatic si astenic. Autorul le considera nu entitati diagnostice, ci “moduri de a fi”. Contributia lui Schneider se extinde si asupra comportamentelor agresiv-criminale, care nu intotdeauna pot fi asociate impulsivitatii si explosivitatii, ci pot fi si apanajul altor structuri personopate.

O contributie calitativa aparte in descrierile personalitatilor psihopate o aduce Shapio in 1965, care analizeaza o serie de dimensiuni cognitive, precum spontaneitatea si deficitul elaborarilor, corespunzator carora primul raspuns la un stimul nu este supus proceselor integrative, identificandu-se cu raspunsul final.

Dezvoltarea conceptului de personalitate patologica a parcurs, in a doua jumatate a secoluluiXX o etapa a ambiguitatilor terminologice, corespunzatoare notiunilor de temperament, caracter si personalitate. Acestea au fost folosite in mod substitutiv, dar primele doua au ramas reperele structurale dominante ale personalitatii.

In Clasificata Internationala a Bolilor Psihice din 1987s-a incercat introducerea categoriei personalitatilor accentuate, la care s-a renuntat ulterior. Conceptul isi are originile in formularile lui Morel, citat de Tyrer, si ale lui Leonhard. Primul a sustinut ca persoanele cu predispozitii temperamentale sub influenta unor factori de mediu, care, in alte conditii, ar fi inofensivi. Sistemul DSM- elaborat de Asociatia Psihiatrica Americana- situeaza tulburarile de persoanalitate pe o axa diagonala, independenta de celelalte sectoare nosologice psihiatrice.faptul se datoreaza persistentei unei opinii diferite, in pofida contributiei lui Kraeplin, Kretschmer si Cleckley. Ea a fost fundamentata pe conceptul de moral insanity al lui Prichard, care postula faptul ca pacientii respectivi nu au tulburari de judecata sau alte simptome care le caracterizeaza debuteaza in adolescenta si dureaza toata viata. Distinctia dintre tulburarile de personalitate si alte tulburari psihopatologice ramane inca oarecum arbitrara, avand in vedere interconditionarile etimologice si patoplastice reciproce. Cu toate aceste, independent de pozitia lor in sistemele diagnostice multiaxiale, tulburarile de personalitate isi reconfirma mereu postura de teren al conditionarilor etimologice, al dezbatelor diagnostice, al reperelor prognostice ai al dinamicii responsivitatii terapeutice in psihopatologie si in clinica psihiatrica.

Descriere clinica generala

Particularitatile nosologice-nosografice ale tulburarilor de personalitate:

Personalitatea umana reprezinta simultan un concept si o structura multidimensionala care integreaza componente conditionate biologic, psihologic, social si spiritual. De aici deriva sicomplexitateaontributiei sale in procesul de cunoastere psihiatrica si,int-un sens mai exti, antropologica.

Atat in varianta sa normala cat si in cele patologicepersoalitatea reprezinta componenta obligatorie a terenului pe care se instaleaza diversele tulburari psihopatologice. Evolutia acestora este, de asemenea, favorizata de dominantele structural ale personalitatii. Ele se regasesc si in formele modern ale diagnosticului psihiatric si influenteaza evident calitatea strategiilor si relatiilor terapeutice.

Caracteristica generia a personalitatii normale- de a se constitui intr-o structura integrate si integrative a secventelor transversal si sincrone individuale- se regaseste si la personalitatile patologice sipoate fi raportata la acelasi fundal numit durata. O personalitate dizarmonica presupune insa asocierea unor trasaturi autodezavantajante, care, din cauza stabilitatii lor in timp si a particularitatii de a nu fi constientizate de catre individ, sunt inductoare ale unui comportament maladaptativ persistent. Acastea reprezinta atributele de baza ale tulburarilor de personalitate si devin sursa unei diversitati extreme a formalor de manifestare a suferintei personale, dar si collective.

Tulburarile de personalitate au fost descrites si consemnate de-a lingul timpului in cele mai

importante sisteme nosologice-nosografice psihiatrice internationale. Ele au fost privite ca un continuum al personalitatii normale, dar si ca un domeniu complet distinct. In acelasi context, personalitati patologice asunt considerate de unii autori drept neclasificabile, iar de catre altii, un teritoriu cu attribute de unicat ce integreaza diferentele si asemanarile interindividuale.

Abordarea din perspective categoriala a tulburarilor de personalitate este o expresie a gandirii traditionale polarizate din societatea occidentala. Diversele categorii sunt net delimitate si difera calitativ unele de altele. Se apeleaza la descrierea empirica a manifestarilor patocomportamentale propriu-zise care devin suportul conceptului de personalitate patologica sau dizarmonic structurata, aceasta intruneste-in intentie- attributele unui construct ateoretic si are o validitate partial corespunzatoare doar unora dintre simptomele integrabile. Descrierea categoriala poarta deci amprenta simplitatii si a stereotipiei oglindite in insirarea unor criterii de facturi strict fenomenologice. Cel mai adesea, necesitatea clasificarii categoriale a tulburarilor de personalitate le subdivizeaza in trei clustere:

A-bizare;

B- hiperexpresive si dissociate;

C-

anxioase;

Se pot descrie o serie de criterii diagnostic aplicabile tuturor tulburarilor de personalitate. Ele includ:

-comportamentul individual marcat dizarmonic, ca expresie a strategiilor cognitive, continuturilor afective, modalitatilor de manifestare ale instinctelor si abilitatilor relationale interpersonal deviante;

-caracterul precoce si durabil al tulburarilor comportamentului, care devin manifeste in copilaria tardiva sau adolescent si persista toata viata;

-perturbarea constanta- dar de intensitate variabila- a adaptabilitatii in diversele roluri ale vietii si a eficientei sau performantelor profesionale;

-discomfortul subiectiv creeaza si intretine sentimental de neimplinire, incompletitudine si deficitul de satisfactie personala.

Tulburarile de personalitate de cluster "a" :

Primul cluster – clusterul A- al clasificarii categoriale include personalitati patologice cu trasaturi de serie psihotica.

Tulburarile de personalitate paranoica:

Aceasta are ca dominante structurile orgoliului si interpretivitatea manifeste din tinerele alaturi de abilitatile relationale selective. Suspiciunea si lipsa de incredere in cei din jur sunt intretinute de o stima de sine exagerata, care cultiva raporturi interpersonal sarace si mereu problematizante. Stima de sine exacerbata inhiba simtul autocritic si poate alimenta uneori o tinuta morala superioara si autoritarismul ca fundamente ale rolurilor de lideri sau de formatori de opinie la care pot accede uneori. Pe aceasta parte apar mereu in prim-plan aroganta si tendintele de a-I explora si manipula pe ceilalti. Sunt promovate constant imaginea si drepturile personale in orice situatie existential concreta si nu sunt tolerate frustrarile si esecurile. In plan cognitive, ideile preconceptuate induc interpretari false ale realitatii obiective, pe fondul unei hipervigilanti si hiperestezii persistente. Sunt considerate referitoare la sine majoritatea cuvintelor din atitudinilor, chiar si cele bine intentionate, ale persoanelor din jur. Pacientii isi pastreaza pentru ei adevaratele ganduri si intentii si evoca experiente cu alura comparative a evenimentelor traite sau imaginate. Relatiile interpersonal sunt dominate de neincredere, raceala si indiferentism. Apar mereu in prim-plan atitudini resentimentare legate de insultele si ofensele celor din jur, autovictimizarea fiind un atribut structural major. Conceptia " sunt o persoana speciala si nimeni nu ma iubeste pentru ca sunt superior tuturor" – este congruent cu

concepția despre lume care e considerată nedreaptă, imprevizibilă și deci răspunzătoare pentru greselile și nedreptățile personale. Din perspective genetică, personalitatea paranoică aparține spectrului schizofreniilor, fiind raportabilă la cu precădere la tulburările delirante. Tehnicile comportamentale pot ameliora stilul paranoic, dar le trebuie să profite de perioadele de descurajare, pesimism și de dezorganizare a mecanismelor de securizare. Tulburarea de personalitate de tip paranoică se poate structura în familiile schizofrenicilor și e mai frecventă la sexul masculin.

Tulburările de personalitate schizoidă :

Este caracterizată de indiferență afectivă și detașare în raporturile interpersonale, atribute manifestate din tinerețe. Sunt evidente capacitățile reduse de rezonanță emoțională și rigiditate în exprimarea unor stări afective sărace și greu de diferențiat unele față de altele. Ca urmare, răspunsurile afective la acțiunile și expresiile celorlalți sunt sărace, inconstante sau tardive. Lipsa de eficiență intelectuală se explică și prin excesivele tendințe introspectivă și meditative precum și prin incursiunile în imaginar. Comportamentul este solitar, apatic, monotonic, lipsit de spontaneitate în relațiile interpersonale exceptând rudele de gradul I. În sens psihodinamic, raporturile parentale sunt deficitare afectiv ca intensitate și frecvență, inducând astfel hipotrofia abilităților sociotrope. Concepția despre sine a schizoidului : “sunt nepotrivit pentru viață, deci nu am nevoie de nimeni și totul mi-e indiferent”. Concepția despre lume: “viața este complicată și, uneori, periculoasă, iar dacă o să pastrez distant față de cei din jur, voi evita suferința și pericolele!”.

Personalitatea schizoiză este cel mai dificil de diferențiat de cea schizotipală și de cea evitantă. În primul caz se întâlnesc nu doar simptome din seria celor negative ci și de tip productive sau pozitiv în timp ce evitantul trăiește anxios și mereu frustrat nevoia de intimidare, de apropiere față de persoanele din jur. TP schizoid, ca și cea paranoică sau cea obsesiv-compulsivă, are un stil emoțional controlat- expresie majoră a nepăsării și replierii spre lumea interioară- în timp ce TP schizotipală de tip borderline și evitantă le este propriu un stil emoțional evitant.

Tulburarea de personalitate schizotipală:

Este caracterizată printr-un comportament excentric, dominat de bizarerii distorsionate ale propriei persoane și ale ambianței – din spectrul depersonalizării și derealizării – care întretin un deficit relational și adaptativ cronic.

În plan perceptual, sunt definitorii experiențele insolite, adeseori de tipul iluziilor corporale, a pseudohalucinațiilor și a fenomenelor de percepție delirantă. Rigiditatea afectivă și răspunsurile emoționale paradoxale se alătură binomului hipersensibilitate-detașare și accentuează straniețea conduitei. Comportamentul e dominat de excentricități, manierisme și bizarerii, fiind variabil nuanțat, iar relațiile interpersonale sunt sărace și superficiale, caracteristice strategiilor de evitare a anturajului uman, cu excepția rudelor de gradul I. Familia parentală confirmă răceala sau respingerea din partea părinților. Concepția despre sine: “sunt altfel decât cei din jur. Mă simt gol, inferior, schimbat, nesigur”. Concepția despre lume: “lumea e ciudată, neobișnuită, iar ceilalți au intenții aparte cu mine, care mă obligă să fiu prudent!”. Stabilitatea manifestărilor perceptuale și cognitive rămân definitorii pentru această structură personalologică.

Tulburările de personalitate de cluster “b”

Tulburările de personalitate antisociale:

Aceasta se diagnostichează după vârsta de 18 ani și este precedată de dificultăți adaptative semnificative cu o durată de minimum trei ani, ele fiind descriibile din primele faze ale socializării, cu mult înainte de 15 ani.

Detasarea emotional este patognomonică cu minime abilități de atașament interpersonal. Alături de nivelul redus de anxietate, acestea dezavantajează comunicarea și relația terapeutică în context cu aceleași personopatii.

Antisocialul ignora expectațiile și drepturile celor din jur, precum și normele comunitare. Sunt definatorii comportamentul manipulativ și dominator față de anturaj, cu apel constant la minciună și șantaj, dar și cu atingerea acestuia în acte îndreptate împotriva celor din jur. Ostilitatea în raporturile interpersonale se materializează adeseori, spre deosebire de TP narcisică și borderline, în cazul cărora ea poate fi transpusă în planul imaginative.

Conceptia despre sine :”sunt unic și omnipotent!” conceptia despre lume:” cei din jur există pentru a-mi servi interesele!”.

În același context se plasează și ignorarea riscului, cautea noului și impulsivitatea. Mai pot fi descrise și variante structurale dominante de intrasigență, stil caustic, hypercriticism, suspiciozitate, ostilitate și agresivitate peroximală, care pot fi raportate la TP paranoică și TP sadică. Comportamentul acuzator, tiranic și destructivitatea, întreținute de cruzime, pot ocupa o poziție similară în acest context.

Tulburarea de personalitate de tip borderline :

Aceasta integrează o accentuată instabilitate afectivă , a imaginii de sine și comportamentului, cu tendințe spre acțiuni impulsive și ignorarea consecințelor acestora. Sunt menționate următoarele criterii diagnostice:

– imaginea de sine instabilă sau distorsionată, asemănătoare, de altfel, percepției sensurilor proprii existente și sentimentului cronic de vid interior;

– intenția paranoică tranzitorie și manifestările dissociative severe legate de stres se asociază cu eforturile majore de evitare a unui abandon real sau imaginar care întrețin relații interpersonale intense dar instabile ce pot fi alternative idealizate sau ignorate.

– impulsivitatea manifestă în cel puțin două sectoare conectate la integritatea personală, precum alimentația compulsivă, viața sexuală, abuzul de substanțe sau soțul iresponsabil, se recordează conduitele autovătămătoare și suicidare recurente.

Subvarianta de tip borderline implică:

- dificultăți de autopercepție și instabilitatea imaginii de sine, a scopurilor și valorilor personale, inclusiv în planul sexualității;

- incapacitatea de a întreține relații interpersonale stabile, însoțită de frecvente paroxisme afective;

- senzația cronică de vid interior;

- eforturi intense de evitare a abandonului;

– acțiuni autovătămătoare recurente.

Principalele criterii diagnostice sunt simptome, și nu trăsături caracteriale, din cauza asocierii cvasiconstante cu tulburări ale axei I- depresie, anxietate, anorexie, bulimie, TP obsesiv-compulsivă, tulburări dissociative, abuz de substanțe. Conceptia de sine :”am o senzație de gol interior, de disconfort continuu. Conceptia despre lume :”nu-I suport, dar nu pot trăi fără oamenii din jur”.

Tulburarea de personalitate histrionica:

Principalele criterii diagnostice include: un stil hiperexpresiv, teatral, seducator, erotizant, si manipulative, care invoca atentia celor din jur. Imaginea de sine instabila intretine un discomfort psihic intens in toate situatiile in care nu se afla in centrul atentiei sau al preocuparilor personale din jur.

Strategiile cognitive sunt superficiale, iar ratiunile facile, cu evitarea incursiunilor introspective, in timp ce limbajul este colorat, bombastic, dar sarac in detalii. Viata afectiva este, de asemenea, dominata de trairi superficiale si putin stabile, dar intens exprimate in sensul demonstrativitatii. Comportamentul poarta amprenta egocentrismului, hedonismului si a unui farmec superficial, constatandu-se in mod caracteristic o nota de falsitate, de inautenticitate, cu afisarea unei fatade avantajoase pentru sine. Coplesit de dorinta de a se valoriza prin hiperexpresivitate si actiuni captivante, histrionul isi confirma mereu dezinteresul pentru lumea din jur, care este perceputa ca indiferenta, ostila sau ca o sursa permanenta de situatii neplacute.

Ca subtipuri ale acestei structuri psihologice pot fi descrise urmatoarele: teatral, manierat, linistit, manipulative- nesincer, impulsive-necontrolat, infantile-labil si suparacios.

Conceptia despre sine: "nu ma simt bine singur". Conceptia despre lume: "trebuie, cu orice pret sa ma fac remarcat!". In formele sale de manifestari tipice, TP histrionica poate fi privita ca o expresie extrema, caricaturala a trasaturilor patologice ale sexului feminin, fiind, de altfel, una dintre caracteristicile descriibile cu precadere la femei.

Tulburarea de personalitate narcisica:

Ea integreaza atributul grandorii si e cel al unei exacerbare autostime, nevoia imperioasa de administratie, insotita insa de un comportament lipsit de empatie. Stima de sine exacerbata si sentimentul superioritatii si grandorii personale, care se manifesta in tinuta, vestimentatie, rolurile vietii, sunt caracteristice. Narcisistii sunt foarte afectati de nereusite sau de indiferenta anturajului care induce intense senzatii de rusine si umilinta.

Sunt de asemenea, caracteristice convingerile si expectatiile impenetrabile legate de calitatile personale deosebite si de superioritatea pe care acestea o confera in raporturile cu anturajul, precum si fanteziile expansive nelimitate pe temele succesului, puterii si totului special, chiar unice. Cu cat sentimentul grandorii personale este mai stabil, cu atat narcisicul este mai adaptabil, in situatia opusa, se asociaza trasaturi de tip borderline care agraveaza deficitul adaptativ.

Tendintele de a simpatiza, de a se apropia de persoane importante sau de a agresa si domina in mod selectiv persoanele considerate lipsite de valoare sunt expresia trasaturilor dezavantajate: nesiguranta si nelinistea.

Sunt descrise doua tipuri narcisice: unul hipervigil si cu tenacitate scazuta, ca expresie a unui eu fragil si empatic, respective unul dominant si tenace, corespunzator unui eu bine structurat, care nu este vulnerabil decat la manifestari de invidie si sfidare.

Trasaturile narcisice se regasesc deci atat la tulburarea de personalitate antisociala, cat si la tulburarea de personalitate histrionica, in sensul dependentei de anturaj si a comportamentului manipulative.

Tulburarile de personalitate de cluster "c"

Tulburarile de personalitate evitanta:

Are drept dominante structural sentimentale insuficiente personale, inhibitia marcata in raporturile sociale si o sensibilitate exagerata la orice comentariu negativ adresat sau la critica. Aceste atribute sunt centrate pe raportul nevoie-teama al individului. Sunt caracteristice stima de sine scazuta si tendinta de autodevalorizare in orice situatie.

Are de asemenea tendinta de a amplifica realitatea personala in sens negativ si e cea exterioara in sens pozitiv. Eul hipotrofiat intretine in plan afectiv timiditatea si emotii negative persistente, alaturi de o anxietate indreptata spre sine. Sunt descrise numeroase fobii, predominant de factura sociala. Depersonalizarea este mereu prezenta, indeosebi sub forma senzatiilor de instrainare si decolorare a propriilor trairi afective. Retinerea iaccentuata in relatiile interpersonale este insotita de teama de a nu fi ridicularizat, teama care se extinde si asupra raporturilor profesionale in cadrul carora adopta o pozitie pasiva si repliata, care sa i-l faca sa fie ignorat. Cel mai important scop ramane garantarea sigurantei personale. Initiativele personale sunt rare, cu evitarea sigurantei personale. Initiativele personale sunt rare, cu evitarea constanta a situatiilor noi si a asumarii inclusive a unor riscuri minore. Dinamica structural evitanta este recordabila unei atitudini parentale de genul :”nu ne acceptam, ceilalti nici atat”. Care favorizeaza binomul hiperprotectie-depreciere si cultiva sentimentale autodevalorizarii.

Conceptia despre sine :”sunt diferit, nepotrivit si temator de a fi respins” – favorizeaza anxietatea, fatigabilitatea si spiritual autocritic. Conceptia despre lume :”viata e nedreapta, cei din jur ma critica, dar as dori pe cineva care sa ma accepte” – cultiva hipervigilenta, iar daca expectatiile nu se confirma, refugiul in imaginar.

Evitantul se angajeaza uneori cu dificultate in relatia terapeutica, dar se poate darui neconditionat recomandarilor derivate din aceasta.

Tulburarea de personalitate dependenta:

Este caracterizata printr-o stima de sine scazuta si prin nevoia de a fi sprijinit. Se structureaza astfel un comportament docil si adeziv, precum si teama de separare. Dependutul are autoreprezentari negative in plan cognitive, pe teme de ineficienta si inferioritate in raport cu cei din jur. Este dominat de preocupari ilogice si ruminatii legate de teama de a fi lasat sa se descurce singur, insotita de convingerea ca este incapabil sa o faca.

In plan afectiv, domina anxietatea sociala si de performanta si teama de abandon, la care se adauga tendinta de a cauta imediat o alta persoana protectora atunci cand precedent legatura interpersonal esueaza. Apare o senzatie de discomfort intens si neajutorare in conditii de singuratate, cu ipsofobie si teama de abandon. Trasaturile de tip dependent se dezvoltă pe terenul vicierii atasamentului, in sensul dificultatilor de separare atat in fata de figurile parentale, cat si fata de imaginile internalizate ale acestora.

Conceptia de sine :”sunt incapabil sa ma descurc singur!”. Conceptia despre lume :”cei din jur ma ignora si se feresc de mine !”.

Personalitatea de tip dependent pot fi usor integrate unor relatii terapeutice si respecta cu rigozitate programul reabilitativ.

Tulburarea de personalitate obsesiv – compulsiva:

Este dominata de un autocontrol exagerat asupra propriilor actiuni, dar si asupra relatiilor interpersonale, pe fondul unor strategii cognitive bazate pe o rigoare extrema, meticulozitate si perfectionism. Sunt caracteristice rigozitatea cognitive si comportamentala alaturi de preocuparea excesiva pentru ordine si detalii care culmineaza in ignorarea scopului real al actiunilor. Meticulozitatea exagerata fundamenteaza absolutizarea ordinii si a programarii

diverselor activitati personale. Este descrisa o tensiune permanenta in incercarea de a-si controla impulsurile negative, precum si frecvente ganduri si impulsuri intrusiv anxiogene.

Evita intimitatea care le-ar aduce frustrari sau chiar i-ar face sa-si piarda autocontrolul, fapt de neconceput. Au senzatia ca nu fac niciodata destul. Incapatanarea si zgarcenia sunt congruente dorintei de castig, insotita insa de ignorarea conformismului si de acumulari material care vizeaza prevenirea oricaror neajunsuri in viitor.

Conceptia despre sine :”pot face orice!” – este expresie a unui super ego mult hipertrofiat. Conceptia despre lume :” ceilalti sunt iresponsabili!” – presupune doua variante existential: cea buna, pe care si-o asuma integral, sic ea negative, care ii implica neconditionat pe cei din jur, care nu au voie sa scape de sub controlul sau.

Tema 8

Intelectul sub aspect psihiatrico-legal

- 1. Noțiune de intelect**
- 2. Tabloul clinic și specificul tulburărilor înnăscute de intelect(retardul mental). Gradle retardului mental**
- 3. Particularitățile psihice și psihologice ale persoanelor cu retard mental (periculozitatea, gradul de sugestibilitate și de conștientizare)**
- 4. Demențele-tulburări dobândite ale intelectului. Cauzele și tabloul clinic**
- 5. Aspectul psihiatrico-legal al demențelor**
- 6. Psihozele involutive în psihiatria judiciară**

Prin **oligofrenie** se definește o scădere globală a funcțiilor psihice. De obicei este însoțită de un anumit grad de distrugere sau de volumul mai mic al creierului. Bolile părinților, ca alcoolismul, precum și encefalitele sau alte boli cu răsnet cerebral ale copiilor, pot duce la oligofrenie. Judecata, calculul, memoria sunt adânc tulburate. Educarea acestor copii este dificilă, uneori foarte puțin eficace.

Bolnavii pot săvârși fapte penale, ca furturi și atentate la bunele moravuri.

Clasificare oligofrenie

- *forma grava* (oligofrenia de gradul III) - coeficient inteligenta 0 - 19) (5% cazuri);
- *forma medie* (oligofrenia de gradul II) - coeficient inteligenta 20 - 49 (20% cazuri);
- *forma usoara* (oligofrenia de gradul I) - coeficient inteligenta 50 - 69 (75% din cazuri);

Simptome

Oligofrenia poarte diverse alte denumiri ca inapoierea mintala, debilitate mintală, întârziere mintală, handicap mintal si se caracterizează prin scaderea funcției intelectuale.

Oligofrenia nu corespunde în totalitate noțiunii de boala, in sensul clasic de proces dinamic in evolutie cu debut, manifestare acuta, vindecarea sau cronicizare. Insuficienta intelectuala insoteste persoana afectată de-a lungul întregii sale existențe. Aceasta deficiență determină însă dificultăți importante de adaptare si frecvente tulburari psihice afective si comportamentale.

Tratament - Orientarea si tratamentul copilului depind de mai multi factori: structura afectiva (uneori foarte bogata); starea functiilor senzoriale, motorii si instrumentale; stabilitatea comportamentului; armonia familiala; toleranta mediului etc. Copilul are mai ales nevoie sa simta incredere in altii si in el insusi. Asociata cu o sustinere psihoterapeutica, reeducarea

permite adesea sa se obtina progrese apreciabile; in caz de agitare sau de agresivitate a copilului, se asociaza uneori neuroleptice usoare.

Starile de arieratie mintala sau oligofreniile au avut o evolutie interesanta din punct de vedere psihopatologic, dar si din punct de vedere social, psihopedagogic si psihomotric.

Notiunea de "arieratie mintala" va ramane considerata ca o stare de deficienta mintala, dar cu limite imprecise, variind in raport cu criteriile utilizate pentru a o delimita si defini.

Cauzele oligofreniilor

In etiologia starilor de arieratie mintala sau a oligofreniilor, sunt incriminati un mare numar de factori, care pot avea o valoare ereditar-genetica morbida, pot fi legati de viata intrauterina, afectand procesul de organogeneza, cauze intra-natale si post-natale, cauze endocrine, metabolice, psihologice, etc.

Psihopatologia oligofreniilor

Din punct de vedere psihopatologic in cazul oligofreniilor se discuta de trei aspecte (A.Porot): nivelul mental; manifestarile asociate; alte tulburari psihice.

Elementele de care trebuie sa se tina seama in aprecierea unei stari de arieratie mentala sunt urmatoarele: evolutia perceptivo-motorie, comunicarea verbala, comunicarile extra-verbale, relatia cu obiectele, modificarile de dispozitie emotionala, prezenta unor tulburari afective nevrotice, tulburari de comportament, nivelul de dezvoltare intelectuala.

Majoritatea specialistilor sunt de acord in a recunoaste doua grupuri principale de caracteristici psihopatologice pentru subiectii cu arieratie mintala: tulburari intelectuale si particularitati afective si relationale.

1) Tulburarile intelectuale

Debilul se caracterizeaza prin slabirea judecatii, dificultati importante de abstractizare si slabirea discernamantului.

Daca la copilul normal, trecerea de la un nivel la altul se efectueaza intr-un fel mult mai rapid pana la sfarsitul adolescentei in virtutea mobilitatii crescande a gandirii operatorii, la debili se observe dimpotriva o incetinire a dezvoltarii ajungand in final la un stadiu de stagnare.

La subiectii cu arieratie mintala grava, la limita imbecilitatii, exista o stare de homogenitate izbitoare intre diferitele moduri de rationament, o concordanta care permite a situa structurile operatorii la un nivel precis de evolutie genetica. Aceasta omogenitate este insa mai mare la debili profunzi decat la copii normali dar in plina evolutie.

2) Particularitatile afective si relationale

G.Vermeulen si T.S imon, disting doua tipuri de debilitate intelectuala, din punct de vedere socio-comportamental si afectiv: debilul armonic si debilul disarmonic.

Plecand de la fragilitatea si infantilismul copilului debil mintal, R.Fan explica anumite trasaturi caracteriale ale acestora cum ar fi: credulitatea, confuzia intre dorinta si experienta, minciuna, teama in fata evenimentelor nreobisnuite ale vietii, atitudini defensive, compensari inadaptate.

Clasificarea oligofreniilor

Din punct de vedere psihopatologic, in afara observatiei clinico-psihiatrice, se utilizeaza, drept criteriu de apreciere psihodiagnostica nivelul Q.I. in sensul acesta se disting urmatoarele forme clinice: debili usori, debili medii, debilitatea profunda sau imbecilitatea, arieratia profunda sau idiotia.

Psihozele debililor

K.Schneider, care a acordat o atentie speciala studiului acestui cadru nosologic, face de la inceput precizarea ca starea de debilitate mintala este cea care din punct de vedere psihopatologic este opusa inteligentei.

In ceea ce priveste inteligenta, autorul citat, o leaga de sfera gandirii, definind-o in felul urmator: "inteligenta este totalitatea aptitudinilor si a realizarilor gandirii cu aplicarea sa practica la scopurile imediat, teoretice si practice ale existentei cotidiene".

K.Schneider face o analiza a "formelor de gandire la oligofreni". Acest aspect se rasfrange si asupra personalitatii lor. Este vorba de "personalitati primitive nediferentiale", subliniind in

felul acesta faptul, ca “nu este posibil de a se intalni o personalitate diferentiata in straturile inferioare ale debilitatii mintale”. (K.Schneider).

Incercand sa stabileasca o tipologie caracterologica a debililor mintali, K.Schneider, izoleaza urmatoarele tipuri : pasivul indolent, desfranatul lenes, incapatanatul amortit, recalitrantul descreerat, eternul inmarmurit, vicleanul incapatanat, perfidul viclean, inoportunul nevinovat, laudarosul fanfaron, ofensatul cronic, insultatorul agresiv.

In ceea ce privesc “psihozele debililor “K.Schneider, distinge urmatoarele aspecte:

a) debilitatea considerata ca o simpla variatie a aptitudinilor intelectuale;

b) debilitatea morbida survenind ca o consecinta a proceselor unei boli sau a unei malformatii.

K.Schneider crede ca debilitatea mintala, ca si schizofrenia, ar fi “doua ramuri ale aceluasi arbore” cu dispozitii psihopatologice.

Dementele

Cadrul general

Dementa este o slabire psihica profunda, globala, si progresiva care altereaza profund functiile intelectuale bazale si dezintegreaza conduitele sociale ale individului. Dementa atinge personalitatea pana la nivelul structurii sale ca “fiinta rationala”, sistemul valorilor sale logice, de cunoastere si judecata, precum si adaptarea la mediul social al bonavului. (H.Ey).

In evolutia lor, starile dementiale inregistreaza mai multe faze si grade. Cand dementa este incipienta si mai putin profunda, se vorbeste de o “slabire de tip demential” a intelectului. Cand acesta are un aspect sub-clinic, decelabil numai la testele psihodiagnostice, se vorbeste despre o stare de deterioare mintala.

Din aceasta categorie de afectiuni psihiatrice, cu caracter psihoorganic cerebral, fac parte urmatoarele afectiuni: maladia Pick, maladia Alzheimer, maladia Creutzfeld-Jakob, coreea cronica Huntington, dementa presenila cu atrofie cerebeloasa, dementa presenila cu degenerescenta talamica, catatonie tardiva, maladia parkinson, dementa senila simpla, presbiofrenia, dementele secundare.

Demența sau **sindromul demential** reprezintă slăbirea progresivă a ansamblului de funcțiuni intelectuale, în urma unei lezări a celulelor nervoase centrale.

În prima fază apar tulburări intelectuale ca o slăbire a memoriei, a atenției, a judecății, a rațiunii. **Demența** este o slăbire progresivă și globală a activității psihice în care sunt afectate gândirea și memoria, în paralel cu scăderea afectivității și alterarea comportamentului. Personalitatea se degradează treptat iar activitatea psihică regresează. Conceptul de demență implica un deficit progresiv sau ireversibil.

Sindromul demential presupune tuburarea memoriei de fixare ce duce atât la o amnezie de moment cât și la o amnezie retrogradă. Capacitatea de sesizare a relațiilor mai complicate scade, sunt disponibile doar noțiuni generale și vagi, deoarece capacitatea de a gândi scade iar capacitatea de raționament se reduce.

Printre simptome **demenței** se numără: incoerența în vorbire, reducerea vocabularului, emoțiile sunt labile, afectivitatea sărăcește, până la incapacitatea de îngrijire personală, iar actele absurde semnalizează tulburări grave de memorie și judecată, fiind imposibilă desfășurarea unei activități normale în colectivitate. Așadar, **demența** afectează toate funcțiile psihice de cunoaștere: memoria, orientarea, limbajul, personalitatea, percepția și gândirea. Modificările perceptuale însoțesc frecvent tulburările de gândire de tipul delirurilor paranoide nesistematizate.

Evoluția **demenței** depinde de cauza și de localizarea zonei cerebrale afectate.

Sindromului demential poate fi declanșat de: demențe degenerative (coreea Huntington, boala Creuzfeld – Jakob, demențele presenile Pick și Alzheimer), demența senilă, demențele

vasculare (arterioscleroza cerebrală, trombogenita obliterantă, demență traumatică, demențele toxice, demența epileptică).

În general, modificări ale personalității survenite după 40 de ani trebuie să ridice problema debutului unui **sindrom demențial**. În afara **sindromului demențial** clasic trebuie menționată asocierea frecventă cu simptomele depresive sau anxioase (40%-50%).

Tratamentul demenței

Unele **demențe** sunt vindecate sau ameliorate prin tratarea cauzei lor, dar pentru **demențele** degenerative nu există tratament specific, dar medicația poate atenua unele simptome.

Unele cazuri de **demență** sunt cauzate de afecțiuni medicale care pot fi tratate, iar în cazul în care **demența** nu poate fi recuperată, obiectivul tratamentului este obținerea unei cât mai bune calități a vieții.

Medicamentele nu pot vindeca **demența**, dar pot ajuta la îmbunătățirea funcției mentale, dispoziției sau comportamentului: inhibitorii de colinesterază, memantine, antidepressive și medicamente tranchilizate pentru tratarea anxietății, stării de agitație, agresivității și halucinațiilor.

Psihopatologia dementelor

În aprecierea psihopatologică a dementelor, H.Ey descrie existența a trei grade care desemnează "profundimea" procesului:

- a) demența cronică și ireversibilă, evidentă clinic;
- b) o formă de intensitate medie care pentru a fi precizată necesită investigații clinice și paraclinice;
- c) o formă care fiind inaparentă clinic, poate fi detectată numai cu ajutorul examenului psihodiagnostic.

Trecem la expunerea sistematică a formelor clinico-psihice de demențe.

1) Demența senilă

Această afecțiune psihică este caracteristică pentru vârsta înaintată. Ea se instalează după 65-70 de ani, fiind consecința unui proces de senilitate cu atrofiere cortico-cerebrală difuză a creierului. Debutul clinic este de două feluri: debut insidios și debut sub formă de episoade.

Tabloul clinic al demenței se caracterizează prin: ținută neglijată a bolnavului și o stare de igienă personală deficitară; activitate dezordonată; colecționarișm; inversarea ritmului somn-veghe; bulimie; deficit de memorie; dezorientare temporară-spatială; tulburări de limbaj; tulburări intelectuale; tulburări de caracter.

Evoluția clinică a demenței are caracter progresiv, de la câteva luni, la câțiva ani, sfârșind cu demența intelectuală și tare de casexie.

2) Presbiofrenia

A fost descrisă de Wernicke (1906) și ea reprezintă o variantă clinică a demenței senile, fiind caracterizată prin: amnezie de fixare, dezordine temporară-spatială, fabulație, deteriorare mentală lejeră.

3) Dementele abiotrofice prezenile

Acest grup de demențe apar în perioada prezenilă datorită unui proces specific de abiotrofie cerebrală, care antrenează o stare de disoluție progresivă a funcțiilor instrumentale a limbajului, praxiilor și gnoziilor. Se constată o atrofiere corticală cu proeminență lombară, cu localizare cerebrală.

Din punct de vedere psihopatologic și anatomo-clinic se descriu două forme clinice; demența Pick și demența Alzheimer.

4) Demența Creutzfeld-Jakob

Boala a fost descrisă de Creutzfeld (1920) și ea este un proces abiotrofic cerebral. Debutul se situează în jurul vârstei de 50 de ani.

5) Coreea cronică Huntington

Afectiune ereditara, degenerativa, cu debut clinic intre 30-45 de ani si evolutie lenta de 20-30 de ani. Din punct de vedere clinic, aceasta consta dintr-un sindrom coreic cronic, la care se asociaza tulburari de caracter, iritabilitate, manie, variatii ale dispozitiei afective, depresii, raptusuri suicidare, deficit intelectual progresiv,etc.

6) Boala Parkinson

Aceasta este o afectiune degenerativa ereditara si familiala. Din punct de vedere clinic se caracterizeaza printr-un sindrom motor extrapiramidal hipertonic-hipokinetice. Evolutia clinica progresiva la care se asociaza si o atrofie cortico-cerebrala care duce in final la instalarea unei stari de dementa.

7) Hidrocefalia cu presiune normala

Aceasta afectiune clinica a fost descrisa de Hakim si Adams (1965) fiind caracterizata prin: dementa, tulburari de mers, incontinenta urinara.

8) Dementa presenila cu atrofie corticala

Aceasta este o afectiune complexa care se caracterizeaza prin: dementa severa, hipersomnie, hipertonie musculara, pozitie rigida a corpului.

9) Sindromul lui Heidenheim

Acesta pare a fi inrudit cu maladia Creutzfeldt-Jakob. Se noteaza prezenta unei cecitati corticale asociata cu dementa. Boala evolueaza foarte rapid, prin dementa, catre moartea subiectului, in decurs de 4-6 luni.

Tema 9

Dependențele (chimice și nonchimice) sub aspect psihiatrico-legal

- 1. Voința ca funcție psihiă. Specificul actului volitiv. Importanța motivației**
- 2. Dependențele chimice (alcoolismul, narcomaniile și toxicomaniile)**
- 3. Dependențele non-chimice(jocurile patologice, șopogolosmul, dependența de internet)**

Majoritatea adultilor care consuma alcool stiu cat si cand sa consume alcool; cu toate acestea exista alte persoane care nu pot sa-si controleze aceste obiceiuri.

Aproximativ un numar de 3 adulti din 10, consuma alcool irational si au probleme din aceasta cauza. Orice persoana care nu este capabila sa-si controleze apetitul excesiv pentru alcool, este posibil sa sufere de alcoolism sau de dependenta de alcool.

Abuzul de alcool, inseamna dobandirea unor obiceiuri nesanoase si chiar periculoase in legatura cu consumul de alcool, in sensul unui consum exagerat sau inadecvat.

Dependenta de alcool are si un impact social neplacut, de multe ori intalnirea cu alte persoane din anturaj poate deveni neplacuta datorita acestui obicei. In unele cazuri poate avea si implicatii legale, cum este de exemplu sofatul sub influenta alcoolului. Daca dependenta de alcool nu este tratata corespunzator, de cele mai multe ori aceasta duce la alcoolism cronic.

Putem spune ca o persoana sufera de alcoolism, atunci cand aceasta nu poate sa renunte la consumul de alcool, chiar daca doreste acest lucru. Alcoolismul are o componenta emotionala puternica, in sensul ca in aceasta afectiune exista o dependenta fizica dar si psihica legata de consumul de alcool. Alcoolismul este caracterizat printr-o dorinta exacerbata de a consuma alcool, care poate fi extrem de puternica si care poate avea un impact negativ asupra vietii in

general. In timp, sunt necesare cantitati tot mai mari de alcool pentru a satisface aceste pofte (pentru ca acesta sa-si faca efectul). Persoanele care sufera de alcoolism, pot prezenta iritabilitate, tremor sau alte simptome (de sevraj), in momentul in care incearca sa renunte la consumul de alcool.

In timp, consumul de alcool poate cauza diferite afectiuni, precum: boli cardiovasculare, hipertensiune arteriala, accidente vasculare cerebrale, boli de ficat (hepatite toxice, ciroze), litiiza biliara (calculi la nivelul colecistului), pancreatita sau diferite tipuri de cancer. Pot aparea de asemenea probleme de ordin social, la locul de munca sau in familie.

Ce semnifica abuzul de alcool?

Consumul abuziv de alcool poate sa devina un obicei. In unele cazuri si membrii familiei sau ai anturajului consuma alcool, de aceea acest lucru poate parea normal. In cele mai multe cazuri, o persoana care sufera de alcoolism, nu realizeaza ce cantitate consuma si de asemenea, nu realizeaza ca acest lucru are implicatii medicale si sociale grave. Cu cat consumul de alcool este mai indelungat si cu cat se consuma o cantitate mai mare de alcool, cu atat riscul de aparitie a problemelor de sanatate este mai mare.

Un consum moderat de alcool (normal) inseamna:

- o sticla de bere (330 ml)
- un pahar de vin (150 ml)
- un pahar mic (44 ml) de tarie.

Un consum exagerat de alcool, se caracterizeaza prin:

- o femeie care consuma mai mult de 7 bauturi pe saptamana sau mai mult de 3 bauturi pe zi
- un barbat care consuma mai mult de 14 bauturi pe saptamana sau mai mult de 4 bauturi pe zi.

Este consumul moderat de alcool daunator sanatatii?

Unele studii medicale au demonstrat faptul ca un consum moderat de alcool (nu mai mult de o bautura pe zi pentru femei sau 2 bauturi pe zi pentru barbati), poate avea anumite beneficii, precum scaderea riscului de aparitie a bolii cardiace sau a accidentului vascular cerebral.

Conceptia unor persoane ca ceea ce face bine in cantitati mici e si mai bun in cantitati mari, nu este valabila in acest caz. Consumul zilnic a mai mult de 1-2 bauturi, poate avea mai multe efecte negative decat beneficii. Acest lucru poate agrava boala cardiaca (apare insuficienta cardiaca), poate precipita un accident vascular cerebral sau poate agrava alte afectiuni, precum bolile de ficat.

In cazul anumitor persoane chiar si consumul moderat de alcool, poate prezenta anumite riscuri, legate fie de anumite accidente care pot aparea secundar consumului de alcool sau in unele cazuri chiar al aparitiei cancerului. Trebuie sa mentionam ca in cazul acestor persoane, orice cantitate de alcool poate fi considerata potential periculoasa (toleranta scazuta la alcool).

In unele cazuri, consumul alcoolului trebuie evitat cu desavarsire si anume:

- **copii sau adolescenti:** deoarece consumul de alcool influenteaza negativ activitatile cognitive (de invatare) si afecteaza cresterea normala; nu trebuie sa se uite, de asemenea, ca la aceasta varsta consumul de alcool este ilegal;

- **femei insarcinate:** consumul de alcool pe parcursul sarcinii poate dauna dezvoltarii normale a fatului, care poate prezenta la nastere grave tulburari fizice si psihice (sindromul alcoolismului fetal); din moment ce nu exista deocamdata suficiente studii medicale care sa arate care este cantitatea de alcool care potate fi consumata in siguranta pe parcursul sarcinii, nu este recomandat consumul de alcool pe toata perioada gestatiei; tratamente medicamentoase (in special anumite medicamente care interactioneaza cu alcoolul); exista un grup de peste 130 de medicamente care pot cauza probleme grave de sanatate daca sunt administrate in combinatie cu alcoolul;

- **prezenta unor afectiuni, acute sau cronice:** care se pot acutiza sau agrava odata cu consumul de alcool;

- **antecedente personale de consum exagerat de alcool.**

Poate cauza alcoolul probleme?

Consumul exagerat de alcool poate cauza probleme serioase de sanatate pe termen lung si poate influenta de asemenea relatiile sociale. Uneori, poate conduce la un comportament care nu se incadreaza in limitele legii (sofatul sub influenta alcoolului, violenta secundara consumului de alcool). Multe persoane care au probleme asociate consumului cronic de alcool, sunt predispuse la unele traumatisme amenintatoare de viata sau la aparitia unor probleme de sanatate, secundare consumului exagerat de alcool (coma alcoolica) sau agravarii unor afectiuni preexistente (accident vascular cerebral, infarct miocardic acut, etc).

Majoritatea persoanelor cu probleme legate de consumul de alcool, sunt relativ eficiente in domeniile in care activeaza (servici) si reusesc sa ascunda cu succes aceasta problema. Alcoolicii nu recunosc ca au o problema legata de consumul de alcool. Totusi, persoanele care admit ca au o astfel de problema, vor putea sa-si controleze mai usor acest viciu pe viitor (cu ajutor specializat, psihiatric si medical).

Poate fi considerat alcoolismul o slabiciune?

Nu trebuie sa se considere ca dependenta de alcool este un semn de slabiciune si de asemenea, nu inseamna ca o astfel de persoana are probleme volitionale (de vointa). Unele persoane care au aceasta dependenta pot sa-si diminueze consumul de alcool sau in unele cazuri pot sa si renunte la acest obicei, dar majoritatea persoanelor cu dependenta de alcool necesita tratament specializat pentru a abandona acest viciu. Adictia la alcool este o afectiune cronica, la fel ca si diabetul zaharat sau astmul bronsic. De cele mai multe ori este necesar tratamentul de specialitate (consiliere psihologica, administrarea de medicamente sau o combinatie intre cele 2 metode). In cazul persoanelor care consuma alcool de o perioada lunga de timp, este necesar tratamentul simptomelor de sevraj (care apar la stoparea consumului de alcool) numit, detoxifiere.

Cauze

Nu se stie exact de ce unele persoane devin dependente de alcool, iar altele nu dezvoltă niciodata aceasta adictie. Exista anumite dovezi ca aceasta dependenta are o agregare familiala (este transmisa genetic la descendentii). Persoanele care sufera de depresie sau cu alte afectiuni psihiatrice, au o predispozitie aparte pentru a deveni dependente de alcool. In timp, majoritatea persoanelor care consuma alcool, regulat si in cantitati mari, pot dezvolta dependenta.

Simptome

De cele mai multe ori, persoanele care au probleme legate de consumul de alcool, nu realizeaza acest lucru. Este posibil ca aceste persoane sa nu consume alcool in fiecare zi sau sa nu consume cantitati excesive de alcool. Uneori poate sa treaca un interval de timp relativ mare intre episoadele de consum excesiv de alcool. Majoritatea persoanelor care au dependenta la

consumul de alcool, spun ca beau doar ocazional (de sarbatori sau cu anumite ocazii sociale).

Daca o persoana nu consuma alcool in fiecare zi, nu inseamna neaparat ca nu are o problema legata de consumul de alcool si de asemenea, ca nu are un anumit risc de a dezvolta aceasta adictie.

De multe ori, persoanele care au o astfel de problema spun ca pot renunta la acest viciu in orice moment doresc acest lucru, in unele cazuri reusesc, insa doar pentru o perioada de cateva saptamani sau luni, iar apoi revin la vechiul obicei. In cazul persoanelor care nu pot sa-si controleze acest viciu, este important ca acestia sa apeleze la ajutor medical si psihiatric specializat.

Semne ale abuzului de alcool

- probleme aparute la scoala sau servicii (absenteism, imposibilitatea respectarii orarului impus, performante reduse);
- consumul de alcool in situatii potential periculoase (de exemplu, inaintea sofatului);
- episoade de pierdere a constientei, acest lucru insemnand ca dupa un episod de consum exagerat de alcool, persoana nu isi aduce aminte nimic despre ce s-a intamplat in aceasta perioada;
- probleme legate de consumul excesiv de alcool, precum arestarea pentru sofatul sub influenta alcoolului sau abordarea unui comportament violent, secundar intoxicatiei acute cu alcool;
- accidente personale sau accidentarea unei alte persoane;
- consumul alcoolului in ciuda prezentei unor afectiuni care pot fi agravate in acest caz, de exemplu, ulcerul peptic (ulcerul gastroduodenal)
- persoanele din anturaj si din familie sunt ingrijorate pentru consumul exagerat de alcool.

Semne ale dependentei sau adictiei la alcool

- dorinta nestapanita de a consuma alcool, pierderea controlului volitional, chiar si in cazul in care se doreste acest lucru
- aparitia simptomelor de sevraj la intreruperea consumului de alcool (grea, tremor transpiratii, anxietate)
- necesitatea consumului unor cantitati tot mai mari de alcool pentru a obtine efectele "placute" ale acestuia
- in ciuda tuturor semnelor negative, se continua consumul excesiv de alcool si nu se constientizeaza gravitatea acestui fapt
- membrii familiei si prietenii din anturaj, sunt ingrijorati in legatura cu acest comportament
- prezenta semnelor fizice de dependenta, precum pierderea constientei in cazul consumului excesiv de alcool
- tendinta de a ascunde faptul ca exista o dependenta de alcool (fie ca persoana in cauza consuma alcool pe ascuns, fie nu recunoaste ca bea in cantitati excesive)
- jena, discomfort in situatiile in care este implicat consumul de alcool (in special cele sociale).

Persoanele care sufera de alcoolism cronic, au in cele mai multe cazuri si probleme de ordin psihic, precum depresia sau anxietatea. De asemenea, alcoolicii sunt predispusi la abuzul si dependenta pentru alte substante toxice, precum fumatul sau drogurile de orice fel. Simptomele abuzului de alcool la copii si la adolescenti, sunt diferite de cele care apar in cazul adultilor.

Complicatii

Consumul cronic de alcool poate cauza diferite probleme de sanatate, aparute in special la nivelul anumitor organe, precum, ficatul, sistemul nervos central (in special creierul) si inima.

De asemenea agraveaza hipertensiunea arteriala, afectiuni ale sistemului digestiv (recidive ale ulcerului peptic), poate agrava osteoporoza sau poate cauza diferite tipuri de cancer. Apar, de asemenea, probleme legate de interactiunile medicamentoase si alcool sau probleme legate de activitatea sexuala (disfunctii erectile, scaderea libidoului sexual). Alcoolismul poate conduce la aparitia unui comportament violent, accidente, izolare sociala si dificultati aparute la locul de munca sau in familie.

Alcoolismul poate cauza probleme grave in randul adolescentilor, femeilor insarcinate si in randul persoanelor care prezinta diferite afectiuni. Femeile insarcinate nu trebuie sa consume alcool pe toata perioada sarcinii, pentru a evita aparitia problemelor legate de devoltarea fizica si psihica normala a nou nascutului.

Mecanism fiziopatogenic

Abuzul sau dependenta la alcool poate aparea brusc sau gradat, la diferite varste. La inceput, consumul de alcool poate fi cvasinormal si nu este considerat neaparut patologic. Unele persoane beau doar ocazional, dar consuma cantitati mari de alcool, astfel ca sunt predispuse la a dezvolta dependenta de alcool. In timp, consumul de alcool poate fi considerat ca o metoda de rezolvare a problemelor cotidiene sau familiale (sub forma unui "antidot").

Persoanele care continua sa consume alcool pentru o perioada de timp indelungata (ani), pot dezvolta diferite afectiuni, precum hepatita toxica si ciroza hepatica, depresia sau ulcerul peptic (ulcerul gastroduodenal). Apar, de asemenea, probleme de ordin social sau chiar legal, deoarece alcoolicii adopta un comportament violent si irational.

Majoritatea persoanelor care au probleme legate de consumul de alcool, au si probleme psihiatrice, precum, depresia, tulburarile bipolare, sindrom anxios-depresiv. Cu toate ca in unele cazuri, persoana in cauza are impresia ca alcoolul ii imbunatateste simptomele legate de astfel de afectiuni, din contra acesta le agraveaza.

Alcoolul interactioneaza si cu tratamentul medicamentos al acestor afectiuni si poate inrautatii, de asemenea, simptomatologia.

Alcoolismul este o forma de toxicomanie majora foarte raspandita, constand in utilizarea regulata si progresiva cantitativ a bauturilor alcoolice cu consecinte negative pentru individul care le consuma. Un anumit consum de alcool este "tolerat", dupa cum, in mod egal depasirea prin "exces" a acestei "doze permise" este considerata ca o forma de manifestare negativa in raport cu normele modelului socio-cultural.

Alcoolismul sau ingestia de bauturi alcoolice, episodica sau durabila, implica numeroase consecinte pentru organism, de ordin biologic, psihologic, neurologic, comportamental, social, etc. Toate aceste manifestari sunt reunite in grupa "alcoolismului" sau a "bolii alcoolice".

Dupa Jellinek "este alcoolic orice individ la care consumul de bauturi alcoolice este daunator lui insusi, societatii sau la ambii". Pe aceste considerente, alcoolismul oscileaza intre doua categorii de atitudini normale:

a) Punctul de vedere medical, sau mai exact medico-psihologic, in conformitate cu care alcoolismul este considerat ca o boala, iar persoana alcoolicului ca un bolnav care necesita tratament neuro-psihiatric;

b) Punctul de vedere social, sau normativ-juridic, in conformitate cu care evaluarea acestei obisuinte si comportament are o semnificatie social-morala centrata pe notiunea de "pacat", "viciu" sau "devianta" cu consecinte directe asupra judecatii morale, a responsabilitatii sociale si juridice a individului si, implicit, a sanctionarii faptelor acestuia legate de schimbarile comportamentale sub influenta consumului de alcool.

In ceea ce privesc aspectele clinico-psihiatrice, Fouquet imparte alcoolismul in urmatoarele manifestari: alcoolismul primar; alcoolismul secundar sau alcoolozele; somalcoolozele.

Din punct de vedere psihopatologic, alcoolismul se manifesta intr-o multitudine de tulburari:

- a) Tulburari psihice, caracterizate prin obisnuinta si dependenta , reprezentate de: tulburari psihice acute, formele psihotice prelungite, formele dementiale, encefalopatiile alcoolice;
- b) Tulburarile neurologice, caracterizate prin deficiente motorii, tulburari de instabilitate, accidente vasculo-cerebrale, polinevrite,etc;
- c) Tulburarile metabolice diferite, dintre care cele mai frecvente sunt reprezentate prin carentele vitaminice, in special in seria vitaminelor B;
- d) Tulburarile dermatologice cunoscute sub numele de “pseudo-pelagra-alcoolica” caracterizate prin dermite carentiale cronice, telangiectazii cutanate,etc;
- e) Tulburarile digestive, manifestate prin inapetenta, scaderea sensibilitatii gustative, gastrita cronica, ciroza hepatica, etc.

Toxicomaniile

Toxicomania sau dependenta de droguri este o stare psihica si somatica rezultand din interactiunea dintre individ si un produs psihoactiv (psihotrop) specific, avand ca urmare tulburari de comportament si alte reactii care presupun o dorinta invocabila, permanenta, continua sau periodica, ede a consuma drogul pentru a obtine anumite efecte psihice. Aceasta stare duce la obisnuinta si dependenta de aport a drogului, care in cazul cand este suprimat, declanseaza tulburari severe, de diferite forme, grade si intensitati din partea acestor indivizi.

In configurarea personalitatii toxicomanului, au rol urmatorii factori etio-patogenetici si de personalitate: curiozitatea; atractia exercitata de o placere interzisa; fascinatia legata de perceptia unui pericol potential; conotatia antisociala a abuzului de substanta toxice; evaziunea dintr-o lume perceputa ca ostila; cautarea naiva a unei forme noi de comunicare cu alti indivizi; conduita toxocomaniaca are caracter de provocare; drogul poate oferi iluzia temporala a unei cresteri a performantelor individului, intelectuale sau a capacitatii artistice; nevoia de afirmare narcisica; compensarea dificultatilor unor subiecti de a tolera frustrarile.

Studiind, la randul sau, personalitatea toxicomanilor, P.Vengos, distinge urmatoarele trasaturi caracteriale pentru aceasta categorie de indivizi: dependenta afectiva; angoasa de separatie; izolare si anxietate resimtita in relatiile cu ceilalti; intoleranta la frustrari; depresia; nevoia inepuizabila de iubire, aprobare, valorizare; satisfactia imediata a dorintelor; lipsa de incredere in sine si pasivitatea; incapatanarea si iritabilitatea; lipsa ambitiilor, a combativitatii si comitivitatii; absenta atitudinilor provocatoare si agresive; timiditate si hipersensibilitate.

Tema 10

Stările excepționale în psihiatria judiciară

- 1. Noțiune de stare excepțională sub aspect psihiatrico-legal**
- 2. Specificul stărilor excepționale (afectul patologic, stările crepusculare,beția patologică, starea de somn). Tabloul clinic și aprecierea juridică**
- 3. Periculozitatea stărilor și necesitatea aplicării măsurilor de siguranță**
- 4. Noțiuni de stare reactivă și psihiatria catastrofelor**

Tema 11

Aprecierea psihiatrico-legală a suicidului

- 1. Factorii de risc suicidar, specificul actului de siucid**

2. Responsabilitatea expertală a actului de suicid

Sinuciderea reprezintă una dintre cele mai importante și mai complexe probleme ale psihopatologiei. Manifestare paradoxală a persoanei umane, în condițiile impuse de "situații limită" ale vieții sau având un determinism pur patologic, sinuciderea depășește cadrele nosologiei clinico-psihiatrice, înscriindu-se în ordinea ontologică, ca unul dintre cele mai importante "accidente" sau "situații critice" ale vieții unui individ.

Există numeroase forme de înțelegere și definire pentru suicid. Personal am preferat următoarea definiție pe care o consider că fiind mai cuprinzătoare: sinuciderea este actul de conduită intențională, voluntar-deliberată, legat de un motiv exogen (social sau psiho-social) și de o motivație endogenă (psihologică sau psihopatologică), specifică pentru fiecare individ în parte, cu rezonanță ideo-afectivă asupra personalității sale, declasând pulsuni autoagresive prin schimbarea atitudinii morale față de sine și față de lume și având ca finalitate întreruperea desfășurării firești a cursului vieții biologice printr-un proces de trumtizare al propriului corp (C.Enachescu).

K.Menninger distinge trei forme de suicid: a) suicidul cronic; b) suicidul focalizat; c) suicidul organic.

În același context medico-psihologic, M. Quidă distinge următoarele tipuri de suicid: a) suicidul reușit; b) tentativa de suicid; c) amenințarea cu suicidul; d) ideea de suicid; e) șantajul suicidar; f) echivalentele suicidare sau "suicidul mascat".

Cercetările efectuate de noi, ne-au permis să delimităm, două grupe de suicid (C.Enachescu și A.Retezeanu):

1) Suicidul reactiv exogen, legat de factorii și evenimentele emoțional-afective cu caracter psihotraumatizant pentru individ, care apar ca niște reacții subite.

2) Suicidul endogen, este legat de factorii genetici, de o anumită dispoziție către suicid, pe care am putut-o urmări pe parcursul mai multor generații la aceleași familii.

Spre deosebire de sinuciderea reactivă, inuciderea endogenă, se dezvoltă în timp. Ele nu au un caracter brusc, ci evoluează în două etape bine determinate:

a) Etapa pregătirii actului suicidar, cunoscută sub denumirea de "sindrom presuicidar";

b) Etapa trecerii la actul de suicidar propriu-zis. Este o concentrare a pulsuniilor agresive ale persoanei orientate către ea însăși. Orice act suicidar implică trei momente: suicidatia, respectiv pregătirea actului de suicid; suicidactia, sau trecerea la act și alegerea metodelor; traumatizarea, reprezentând actul auto-distructiv

Tema 12

Noțiuni de simulare și disimulare a proceselor psihice

- 1. Simularea maladiilor psihice. Stările reactive (pseudodemența, sindromul Ganzer)**
- 2. Procesul de disimulare a tabloului clinic**

Tema 13

Actele etico-deontologice în cadrul expertizelor psihiatrico-legale

- 1. Relația medic pacient: etică, deontologie și bioetică.**
- 2. Declarația universală a drepturilor omului. Drepturile persoanelor cu dizabilități psihice.**
- 3. Procesul de expertizare din aspect etico-deontologic.**

L E G E
cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului

nr. 263-XVI din 27.10.2005

Monitorul Oficial al R.Moldova nr.176-181/867 din 30.12.2005

* * *

C U P R I N S

Capitolul 1
DISPOZIȚII GENERALE

- Articolul 1. Scopul prezentei legi și noțiunile de bază
- Articolul 2. Principiile de bază ale realizării drepturilor pacientului
- Articolul 3. Legislația privind drepturile pacientului
- Articolul 4. Extinderea efectului legii

Capitolul 2
DREPTURILE ȘI RESPONSABILITĂȚILE PACIENTULUI

- Articolul 5. Drepturile pacientului
- Articolul 6. Limitarea drepturilor pacientului
- Articolul 7. Responsabilitățile pacientului

Capitolul 3
GARANTAREA DREPTURILOR FUNDAMENTALE ALE PACIENTULUI

- Articolul 8. Garantarea drepturilor sociale ale pacientului la asistență medicală
- Articolul 9. Asigurarea dreptului pacientului în domeniul reproducerii
- Articolul 10. Asigurarea dreptului pacientului de participare la luarea deciziilor de sănătate
- Articolul 11. Asigurarea dreptului pacientului la informare
- Articolul 12. Asigurarea dreptului pacientului la confidențialitatea informațiilor ce țin de secretul medical
- Articolul 13. Consimțământul și modul de perfectare a acordului informat sau a refuzului benevol la intervenția medicală
- Articolul 14. Asigurarea drepturilor pacientului în procesul cercetării biomedicale (studiului clinic) ce ține de aplicarea noilor metode de diagnostic, tratament, profilaxie și reabilitare, a medicamentelor și altor mijloace similare

Capitolul 4
PROTECȚIA DREPTURILOR PACIENTULUI

- Articolul 15. Asigurarea dreptului pacientului de a ataca acțiunile prestatorilor de servicii de sănătate
- Articolul 16. Protecția extrajudiciară a drepturilor pacientului
- Articolul 17. Protecția judiciară a drepturilor pacientului
- Articolul 18. Responsabilitatea pentru încălcarea drepturilor pacientului

Capitolul 5
DISPOZIȚII FINALE

- Articolul 19 Dispoziții finale

Notă: În cuprinsul legii sintagma "Ministerul Sănătății și Protecției Sociale" se substituie prin sintagma "Ministerul Sănătății" conform Legii nr.107-XVI din 16.05.2008, în vigoare 20.06.2008

Notă: În textul legii sintagma "Ministerul Sănătății și Protecției Sociale" se înlocuiește cu sintagma "Ministerul Sănătății" conform Legii nr.280-XVI din 14.12.2007, în vigoare 30.05.2008

Parlamentul adoptă prezenta lege organică.

Capitolul 1 **DISPOZIȚII GENERALE**

Articolul 1. Scopul prezentei legi și noțiunile de bază

(1) Prezenta lege are drept scop consolidarea drepturilor fundamentale ale omului în sistemul serviciilor de sănătate, asigurarea respectării demnității și integrității pacientului și sporirea rolului participativ al persoanelor la adoptarea deciziilor de sănătate.

(2) În sensul prezentei legi, se definesc următoarele noțiuni:

pacient (consumator al serviciilor de sănătate) - persoana care necesită, utilizează sau solicită servicii de sănătate, indiferent de starea sa de sănătate, sau care participă benevol, în calitate de subiect uman, la cercetări biomedicale;

drepturi ale pacientului - drepturi derivate din drepturile fundamentale ale omului la viață și sănătate, care includ drepturi sociale ce țin de accesibilitate, echitate și calitate în obținerea asistenței medicale, precum și drepturi individuale ce țin de respectarea pacientului ca ființă umană, a demnității și integrității lui, realizate în cadrul utilizării serviciilor de sănătate sau în legătură cu participarea lui benevolă, în calitate de subiect uman, la cercetări biomedicale;

reprezentant legal al pacientului - persoana care poate reprezenta, în condițiile legii, fără procură, interesele unui pacient fără capacitate deplină de exercițiu sau care a fost declarat incapabil ori cu capacitate de exercițiu limitată;

rudă apropiată - persoana care se află în relații de rudenie cu pacientul (părinți, copii, frați drepti și surori drepte, bunici), inclusiv soțul (soția), și care în ultimii câțiva ani s-a aflat cel mai mult în contact cu acesta sau a fost desemnată de pacient, când acesta avea capacitatea de exercițiu, pentru a-i reprezenta interesele în relațiile stabilite de prezenta lege;

garantare a drepturilor pacientului - sistem de obligații, stabilite prin acte juridice, ce asigură realizarea drepturilor și responsabilităților pacientului;

servicii de sănătate - complex de măsuri orientate spre satisfacerea necesităților populației în ocrotirea și recuperarea sănătății, realizate cu folosirea cunoștințelor profesionale medicale și farmaceutice;

prestatori de servicii de sănătate - instituții medico-sanitare și farmaceutice, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, medici și alți specialiști în domeniu, alte persoane fizice și juridice abilitate cu dreptul de a practica anumite genuri de activitate medicală și farmaceutică;

intervenție medicală (act medical) - orice examinare, tratament, cercetare clinică și asistență sau altă acțiune aplicată pacientului cu scop profilactic, diagnostic, curativ (de tratament), de reabilitare sau de cercetare biomedicală și executată de un medic sau alt lucrător medical;

cercetare biomedicală (studiu clinic) - cercetare științifică care are drept scop studierea parametrilor fiziologici, psihologici și a altor stări ale organismului uman sub influența diferiților factori, precum și testarea clinică a noilor metode de diagnostic, curativ-profilactice, de reabilitare, a medicamentelor sau a altor remedii, realizată pe un subiect uman;

consimțământ - consimțământul conștientizat al pacientului sau al reprezentantului său legal (în lipsa acestuia, al rudei apropiate) pentru efectuarea unei intervenții medicale, exprimat benevol, în baza informației multilaterale și exhaustive primite de la medicul curant sau de la medicul care efectuează cercetarea biomedicală (studiul clinic), autentificat prin semnăturile pacientului sau a reprezentantului său legal (a rudei apropiate) și a medicului în documentația medicală respectivă;

secret medical - informații confidențiale despre diagnosticul, starea sănătății, viața privată a pacientului, obținute în urma examinării, tratamentului, profilaxiei, reabilitării sau cercetării biomedicale (studiului clinic), care nu pot fi divulgate persoanelor terțe, cu excepția cazurilor prevăzute de prezenta lege;

informații medicale - informațiile despre starea sănătății fizice și psihice a pacientului, precum și datele obținute pe parcursul examinării și tratamentului, activităților de profilaxie și reabilitare a pacientului;

eroare medicală - activitatea sau inactivitatea conștientă a prestatorului de servicii de sănătate, soldată cu moartea sau dauna cauzată sănătății pacientului din imprudență, neglijență sau lipsă de profesionalism;

îngrijire terminală - îngrijirea acordată unui pacient în cazul în care, prin metode de tratament disponibile, nu mai este posibilă o îmbunătățire a prognozei fatale, precum și îngrijirea acordată pacientului nemijlocit înainte de deces.

[Art.1 modificat prin Legea nr.280-XVI din 14.12.2007, în vigoare 30.05.2008]

Articolul 2. Principiile de bază ale realizării drepturilor pacientului

Principiile de bază ale realizării drepturilor pacientului constau în:

- a) respectarea drepturilor fundamentale ale omului și a demnității ființei umane în domeniul ocrotirii sănătății;
- b) recunoașterea vieții umane, a sănătății omului ca valoare supremă;
- c) orientarea spre menținerea vieții, a sănătății fizice și psihice a pacientului în procesul prestării serviciilor de sănătate;
- d) respectarea valorilor morale și culturale ale pacientului, a convingerilor lui religioase și filozofice;
- e) recunoașterea pacientului, iar în cazurile prevăzute de legislație, a reprezentantului său legal (a rudei apropiate), în calitate de participant principal la luarea deciziei privind intervenția medicală;
- f) reglementarea drepturilor, responsabilităților și a condițiilor de limitare a drepturilor pacientului în scopul protecției sănătății acestuia și respectării drepturilor altor persoane;
- g) încrederea reciprocă dintre pacient și lucrătorul medical.

Articolul 3. Legislația privind drepturile pacientului

(1) Legislația cu privire la drepturile pacientului are la bază Constituția Republicii Moldova, Legea ocrotirii sănătății nr.411-XIII din 28 martie 1995, prezenta lege și alte acte normative ce reglementează relațiile sociale în domeniul drepturilor pacientului, al garantării și protecției lor.

(2) Legile și alte acte normative nu pot limita drepturile pacientului stabilite de Constituția Republicii Moldova.

(3) Dacă un tratat internațional la care Republica Moldova este parte stabilește alte norme decât cele prevăzute de prezenta lege, se aplică normele tratatului internațional.

Articolul 4. Extinderea efectului legii

Efectul prezentei legi se extinde asupra autorităților administrației publice centrale și locale, a instituțiilor medico- sanitare și farmaceutice, a organizațiilor de asigurări de sănătate, a instituțiilor de cercetări științifice, a instituțiilor de învățământ medical, a clinicilor universitare, a persoanelor care practică în mod individual activități medico-sanitare și farmaceutice, precum și asupra cetățenilor Republicii Moldova, a apatrizilor și cetățenilor străini aflați pe teritoriul țării, dacă acordurile internaționale nu prevăd altfel.

Capitolul 2

DREPTURILE ȘI RESPONSABILITĂȚILE PACIENTULUI

Articolul 5. Drepturile pacientului Pacientul are dreptul la:

- a) asistență medicală gratuită în volumul stabilit de legislație;
- b) atitudine respectuoasă și umană din partea prestatorului de servicii de sănătate, indiferent de vîrstă, sex, apartenență etnică, statut socioeconomic, convingeri politice și religioase;
- c) securitate a vieții personale, integritate fizică, psihică și morală, cu asigurarea discreției în timpul acordării serviciilor de sănătate;
- d) reducere a suferinței și atenuare a durerii, provocate de o îmbolnăvire și/sau intervenție medicală, prin toate metodele și mijloacele legale disponibile, determinate de nivelul existent al științei medicale și de posibilitățile reale ale prestatorului de servicii de sănătate;

- e) opinie medicală alternativă și primirea recomandărilor altor specialiști, la solicitarea sa ori a reprezentantului său legal (a rudei apropiate), în modul stabilit de legislație;
- f) asigurare de asistență medicală (obligatorie și benevolă), în conformitate cu legislația;
- g) informații cu privire la prestatorul de servicii de sănătate, profilul, volumul, calitatea, costul și modalitatea de prestare a serviciilor respective;
- h) examinare, tratament și întreținere în condiții adecvate normelor sanitaro-igienice;
- i) informații exhaustive cu privire la propria sănătate, metodele de diagnostic, tratament și recuperare, profilaxie, precum și la riscul potențial și eficiența terapeutică a acestora;
- j) informație completă privind factorii nocivi ai mediului ambiant;
- k) exprimare benevolă a consimțământului sau refuzului la intervenție medicală și la participare la cercetarea biomedicală (studiul clinic), în modul stabilit de prezenta lege și de alte acte normative;
- l) acceptare sau refuz în ce privește efectuarea ritualurilor religioase în perioada spitalizării în instituția medico-sanitară, dacă aceasta nu afectează activitatea ei și nu provoacă prejudiciu moral altor pacienți;
- m) asistență a avocatului sau a unui alt reprezentant în scopul protecției intereselor sale, în modul stabilit de legislație;
- n) informație privind rezultatele examinării plîngerilor și solicitărilor, în modul stabilit de legislație;
- o) atacare, pe cale extrajudiciară și judiciară, a acțiunilor lucrătorilor medicali și ale altor prestatori ai serviciilor de sănătate, precum și a funcționarilor responsabili de garantarea asistenței medicale și a serviciilor aferente în volumul prevăzut de legislație;
- p) îngrijire terminală demnă de o ființă umană;
- q) despăgubire a daunelor aduse sănătății, conform legislației.

Articolul 6. Limitarea drepturilor pacientului

(1) Pacienții pot fi supuși numai acelor limitări care sînt compatibile cu instrumentele privind drepturile omului.

(2) Drepturile pacientului pot fi limitate în caz de:

- a) spitalizare și examinare a bolnavilor ce suferă de boli psihice, în conformitate cu Legea nr.1402-XIII din 16 decembrie 1997 privind asistența psihiatrică, ținînd cont de solicitările pacientului, în măsură adecvată capacității lui de exercițiu;
- b) examinare medicală obligatorie a persoanelor care donează sînge, substanțe lichide biologice, organe și țesuturi;
- c) efectuare a examinării medicale preliminare obligatorii, în scopul depistării bolilor ce prezintă pericol social, în timpul angajării la serviciu și în cadrul examinărilor medicale periodice obligatorii ale lucrătorilor de anumite profesii, imigranților și emigranților, a căror listă se aprobă de Ministerul Sănătății;
- d) efectuare a examinării medicale obligatorii, inclusiv pentru depistarea infecției HIV/SIDA, a sifilisului și a tuberculozei la persoanele aflate în penitenciare;
- e) spitalizare și izolare obligatorie (carantină) a persoanelor afectate de infecții contagioase și a celor suspectate de vreo boală infecțioasă ce prezintă pericol social.

Articolul 7. Responsabilitățile pacientului

(1) Pacientul are următoarele responsabilități:

- a) să aibă grijă de propria sănătate și să ducă un mod de viață sănătos, excluzînd acțiunile premeditate ce dăunează sănătății lui și a altor persoane;
- b) să respecte măsurile de precauție în contactele cu alte persoane, inclusiv cu lucrătorii medicali, în cazul în care știe că el suferă de o boală ce prezintă pericol social;
- c) să întreprindă, în lipsa contraindicațiilor medicale, măsuri profilactice obligatorii, inclusiv prin imunizări, a căror neîndeplinire amenință propria sănătate și creează pericol social;

- d) să comunice lucrătorului medical informații complete despre bolile suportate și cele curente, despre maladiile sale ce prezintă pericol social, inclusiv în caz de donare benevolă a sîngelui, a substanțelor lichide biologice, a organelor și țesuturilor;
 - e) să respecte regulile de comportament stabilite pentru pacienți în instituția medico-sanitară, precum și recomandările medicului în perioada tratamentului ambulator și staționar;
 - f) să excludă utilizarea produselor farmaceutice și a substanțelor medicamentoase fără prescrierea și acceptul medicului curant, inclusiv a drogurilor, a altor substanțe psihotrope și a alcoolului în perioada tratamentului în instituția medico-sanitară;
 - g) să respecte drepturile și demnitatea altor pacienți, precum și ale personalului medico-sanitar.
- (2) În cazul încălcării de către pacient a regulilor de tratament și de comportament în instituția medico-sanitară, încălcare ce are drept consecință daune materiale și morale, acesta poartă răspundere în conformitate cu legislația.

Capitolul 3

GARANTAREA DREPTURILOR FUNDAMENTALE ALE PACIENTULUI

Articolul 8. Garantarea drepturilor sociale ale pacientului la asistență medicală

- (1) Realizarea drepturilor sociale ale pacientului la asistență medicală este determinată de asigurarea accesului echitabil la serviciile de sănătate de cea mai înaltă calitate, pe care societatea o poate garanta cu resursele umane, financiare și materiale disponibile, conform legislației.
- (2) Fiecărui pacient i se asigură accesul nelimitat și înscrierea la un medic de familie, iar dacă este posibil, și dreptul de alegere sau schimbare a acestuia. În acest sens, în cadrul fiecărei unități medico-sanitare sau al organului de conducere a asistenței medicale primare, vor fi afișate listele cu medicii de familie și modul de alegere a acestora în localitatea respectivă.
- (3) Fiecărui pacient i se garantează accesul gratuit la serviciile de sănătate de urgență, realizate atît prin intermediul medicului de familie, cît și prin structurile instituțiilor medico-sanitare de tip ambulator sau staționar din raza aflării pacientului.
- (4) Intervențiile chirurgicale se pot efectua numai dacă există condiții de dotare necesare și personal calificat, excepție făcînd cazurile de urgență apărute în situații extreme.
- (5) Pacientul are dreptul la îngrijire terminală demnă de o ființă umană.
- (6) În cazul în care prestatorii de servicii de sănătate sînt obligați să recurgă la selectarea de pacienți pentru anumite tipuri de tratament disponibile în număr limitat, selectarea se va face numai pe bază de criterii medicale aprobate de Ministerul Sănătății.
- (7) Personalul medical nu este în drept să supună pacientul nici unei forme de presiune pentru a-l determina pe acesta să îl recompenseze altfel decît prevăd reglementările legale.
- (8) Realizarea drepturilor sociale ale pacientului se asigură prin:
- a) promovarea și susținerea financiară de către stat a unor programe naționale și a unor servicii de sănătate acordate cu titlu gratuit, în modul prevăzut de legislație;
 - b) crearea unor condiții de activitate pentru lucrătorii medicali adecvate necesităților de exercitare a obligațiilor lor profesionale, în conformitate cu normele stabilite și exigențele științei medicale moderne;
 - c) acreditarea instituțiilor medico-sanitare, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, în conformitate cu legislația;
 - d) aplicarea sistemului de standarde medicale în acordarea serviciilor de sănătate;
 - e) exercitarea controlului asupra calității serviciilor de sănătate acordate și acreditate în modul stabilit de legislație;
 - f) reglementarea de către stat a medicinei private;
 - g) menținerea sistemului de instruire și perfecționare a lucrătorilor medicali conform standardelor internaționale.

Articolul 9. Asigurarea dreptului pacientului în domeniul reproducerii

- (1) Pacientul, prin serviciile de sănătate, are dreptul să aleagă cele mai sigure metode privind asigurarea sănătății reproducerii.
- (2) Orice pacient are dreptul la metode de planificare familială eficiente și lipsite de riscuri.
- (3) Pacientul are dreptul la informații, educație și servicii necesare unei vieți sexuale normale și sănătății reproducerii, fără nici o discriminare.
- (4) Dreptul femeii la viață prevalează în cazul în care sarcina prezintă un factor de risc major și imediat pentru viața mamei.

Articolul 10. Asigurarea dreptului pacientului de participare la luarea deciziilor de sănătate

- (1) Toate deciziile cu caracter economic, administrativ sau social care au o influență sau un impact potențial asupra stării de sănătate a populației, la nivel național sau local, vor fi luate ținându-se cont de opinia publică.
- (2) Pacienții au dreptul colectiv la o formă de reprezentare, la fiecare nivel al sistemului de servicii de sănătate, în luarea deciziilor privind planificarea și reevaluarea serviciilor, inclusiv gama, calitatea și prestarea serviciilor acordate.
- (3) Cetățenii Republicii Moldova, organizațiile de pacienți și asociațiile neguvernamentale participă la elaborarea politicii și programelor de sănătate, la aprecierea priorităților și criteriilor de alocare a resurselor. Forma și modul de participare se reglementează printr-un regulament elaborat de Ministerul Sănătății și aprobat de Guvern.
- (4) Pacientul este implicat în procesul de luare a deciziilor cu privire la starea sănătății personale în toate cazurile, inclusiv în cazul în care se cere consimțământul doar al reprezentantului său legal (al rudei apropiate), în măsura permisă de capacitatea lui de exercițiu.
- (5) Participarea la luarea deciziilor de sănătate ale asociațiilor obștești pentru protecția consumatorilor de servicii de sănătate poate fi încurajată prin suport financiar (în formă de granturi etc.)

Articolul 11. Asigurarea dreptului pacientului la informare

- (1) Dreptul pacientului la informare se asigură:
 - a) de către autoritățile sistemului de sănătate de toate nivelurile;
 - b) de către organizațiile medico-sanitare și farmaceutice;
 - c) de către medicul curant și alți specialiști în domeniu sau de către alte persoane ce participă la tratamentul pacientului sau care l-au antrenat în cercetarea biomedicală (studiul clinic), în măsura competenței funcției deținute;
 - d) de către organizațiile de asigurări în sănătate.
- (2) Informațiile cu privire la volumul, tipurile și condițiile acordării serviciilor de sănătate, nivelul de acreditare a instituției medico-sanitare, licența și calificarea personalului angajat în prestarea serviciilor de sănătate se prezintă pacientului în modul stabilit de legislație.
- (3) Pe toată perioada aflării în instituția medico-sanitară, pacientul este informat despre identitatea, statutul și experiența profesională a specialiștilor medicali care nemijlocit se ocupă de el și îl îngrijesc, aceștia fiind obligați să poarte un ecuson cu specificarea numelui, specialității și funcției deținute.
- (4) Prestatorii de servicii de sănătate asigură accesul nelimitat al pacientului, al reprezentantului său legal (al rudei apropiate) la informația privind propriile date medicale, la rezultatele și la dosarele cu investigații, la tratamentele și îngrijirile primite, cu eliberarea unui rezumat în scris la externare. Pacientul poate obține copia oricărei părți din propriile date și dosare medicale în modul stabilit de Ministerul Sănătății.
- (5) Informațiile medicale cu privire la starea sănătății pacientului și la intervenția medicală propusă, inclusiv la riscurile și beneficiile potențiale ale fiecărei proceduri, efectele posibile ale refuzului tratamentului, alternativele existente, pronosticul și alte informații cu caracter medical, se prezintă de către prestatorul de servicii de sănătate într-un limbaj clar, respectuos și accesibil pacientului, cu minimalizarea terminologiei profesionale. În cazul când pacientul nu cunoaște limba de stat, se va căuta o altă formă de comunicare.

(6) Informațiile medicale se prezintă pacientului personal, iar pentru persoanele care nu au atins vârsta de 18 ani și cele declarate incapabile sau cu capacitate de exercițiu limitată - reprezentanților lor legali (rudelor apropiate), informînd concomitent pacientul în măsură adecvată capacității lui de exercițiu.

(7) Pacientul are dreptul de a cere în mod expres să nu fie informat și de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său.

(8) Informațiile despre drepturile și responsabilitățile pacientului în cadrul programelor de asigurări de sănătate se prezintă acestuia de către organizațiile de asigurări de sănătate în modul stabilit de legislație.

Articolul 12. Asigurarea dreptului pacientului la confidențialitatea informațiilor ce țin de secretul medical

(1) Toate datele privind identitatea și starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, pronosticul, tratamentul, precum și datele cu caracter personal sînt confidențiale și urmează a fi protejate și după moartea acestuia.

(2) Confidențialitatea informațiilor cu privire la solicitarea de asistență medicală, examinare și tratament, inclusiv a altor informații ce constituie secret medical, este asigurată de medicul curant și specialiștii implicați în acordarea serviciilor de sănătate sau în cercetarea biomedicală (studiul clinic), precum și de alte persoane cărora aceste informații le-au devenit cunoscute datorită exercitării obligațiilor profesionale și de serviciu.

(3) Informațiile ce se consideră confidențiale pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul consimte acest lucru în mod explicit sau la solicitarea reprezentantului său legal (a rudei apropiate), în condițiile consimțite de pacient, în măsură adecvată capacității lui de înțelegere, în situații cînd capacitatea de exercițiu a pacientului nu este deplină sau lipsește ori dacă legea o cere în mod expres.

(4) Prezentarea informației confidențiale fără consimțămîntul pacientului sau al reprezentantului său legal (al rudei apropiate) se admite:

a) pentru a implica în procesul curativ alți specialiști în domeniu, inclusiv în caz de examinare și tratament urgent al persoanei incapabile de a-și exprima voința din cauza stării sale, dar numai în volumul necesar pentru luarea unei decizii adecvate;

b) pentru a informa organele și instituțiile serviciului sanitaro-epidemiologic de stat în cazul unui pericol real de extindere a bolilor infecțioase, otrăvirilor și contaminărilor în masă;

c) la solicitarea motivată a organului de urmărire penală, a instanței judecătorești în legătură cu efectuarea urmăririi penale sau a procesului judiciar, în conformitate cu legislația;

c¹) la solicitarea avocatului parlamentar și a membrilor consiliului consultativ creat de Centrul pentru Drepturile Omului, în scopul asigurării protecției persoanelor împotriva torturii și a altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante;

d) pentru informarea părinților sau a reprezentanților legali ai persoanelor în vîrstă de pînă la 18 ani în caz de acordare acestora a asistenței medicale;

e) la existența temeiului de a crede că prejudiciul adus sănătății persoanei este rezultatul unor acțiuni ilegale sau criminale, informația urmînd a fi prezentată, în acest caz, organelor de drept competente.

(5) Este interzis orice amestec în viața privată și familială a pacientului fără consimțămîntul acestuia.

(6) Persoanele care, în exercițiul funcțiunii, au primit informații confidențiale, de rînd cu personalul medico-sanitar și farmaceutic, poartă răspundere, în conformitate cu legislația, pentru divulgarea secretului medical, luîndu-se în considerare prejudiciul adus prin aceasta pacientului.

(7) Produsele biologice, inclusiv organele și țesuturile, din care pot fi derivate date identificabile sînt protejate ca atare.

[Art.12 completat prin Legea nr.13-XVI din 14.02.2008, în vigoare 14.03.2008]

Articolul 13. Consimțământul și modul de perfectare a acordului informat sau a refuzului benevol la intervenția medicală

(1) O condiție obligatorie premergătoare intervenției medicale este consimțământul pacientului, cu excepția cazurilor prevăzute de prezenta lege.

(2) Consimțământul pacientului la intervenția medicală poate fi oral sau scris și se perfectează prin înscrierea în documentația medicală a acestuia, cu semnarea obligatorie de către pacient sau reprezentantul său legal (ruda apropiată) și medicul curant. Pentru intervențiile medicale cu risc sporit (caracter invaziv sau chirurgical), consimțământul se perfectează obligatoriu, în formă scrisă, prin completarea unui formular special din documentația medicală, denumit acord informat. Lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat în formă scrisă și modelul formularului respectiv se elaborează de către Ministerul Sănătății.

(3) Acordul informat trebuie să conțină în mod obligatoriu informația, expusă într-o formă accesibilă pentru pacient, cu privire la scopul, efectul scontat, metodele intervenției medicale, riscul potențial legat de ea, posibilele consecințe medico-sociale, psihologice, economice etc., precum și privind variantele alternative de tratament și îngrijire medicală.

(4) Pacientul sau reprezentantul său legal (ruda apropiată) are dreptul de a renunța la intervenția medicală sau de a cere încetarea ei la orice etapă, cu excepția cazurilor prevăzute la art.6, cu asumarea responsabilității pentru o atare decizie.

(5) În caz de refuz la intervenția medicală, exprimat de pacient sau de reprezentantul său legal (de ruda apropiată), acestuia i se explică, într-o formă accesibilă, consecințele posibile. Refuzul categoric al pacientului se perfectează prin înscrierea respectivă în documentația medicală, cu indicarea consecințelor posibile, și se semnează în mod obligatoriu de către pacient sau reprezentantul său legal (ruda apropiată), precum și de către medicul curant.

(6) În caz de eschivare intenționată a pacientului de a-și pune semnătura care certifică faptul că el a fost informat despre riscurile și consecințele posibile ale refuzului la intervenția medicală propusă, documentul se semnează în mod obligatoriu de către director, șeful de secție și medicul curant.

(7) În caz de refuz la asistență medicală, exprimat de reprezentantul legal al pacientului (ruda apropiată), când o atare asistență este necesară pentru salvarea vieții pacientului, organele de tutelă și curatelă au dreptul, la solicitarea organizațiilor medicale, de a se adresa în instanța judecătorească pentru protecția intereselor persoanei bolnave.

(8) În cazul unei intervenții medicale de urgență, necesare pentru a salva viața pacientului, când acesta nu-și poate exprima voința, iar consimțământul reprezentantului său legal (al rudei apropiate) nu poate fi obținut la timp, personalul medical, abilitat în modul stabilit de legislație, are dreptul de a lua decizia respectivă în interesele pacientului.

(9) Este obligatoriu consimțământul scris al pacientului pentru recoltarea, păstrarea și folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul său, inclusiv a organelor și țesuturilor, ca obiect de transplant. Consimțământul pacientului este necesar în cazul în care aceste produse biologice se folosesc în scopul stabilirii diagnosticului ori a tratamentului cu care bolnavul este de acord. Instituția medicală, la rândul său, își asumă în scris responsabilitatea de a păstra, utiliza și anihila produsele biologice prelevate din corpul pacientului, în conformitate cu modul stabilit de Ministerul Sănătății.

(10) Pacientul nu poate fi fotografiat, filmat sau expus, în orice altă formă, demonstrării ca obiect de studiu într-o instituție medico-sanitară fără consimțământul scris al acestuia sau al reprezentantului său legal (al rudei apropiate). Consimțământul pacientului este necesar și în cazul participării lui la învățământul medical clinic.

Articolul 14. Asigurarea drepturilor pacientului în procesul cercetării biomedicale (studiului clinic) ce ține de aplicarea noilor metode de diagnostic, tratament, profilaxie și reabilitare, a medicamentelor și altor mijloace similare

- (1) Fiecare cercetare biomedicală (studiu clinic) poate fi realizată doar după obținerea consimțământului scris al pacientului sau al reprezentantului său legal (al rudei apropiate), în conformitate cu prezenta lege.
- (2) Nu poate fi antrenată într-o cercetare biomedicală (studiu clinic) persoana care nu este capabilă de a-și exprima voința, cu excepția cazurilor în care cercetarea este efectuată în interesul pacientului și există consimțământul reprezentantului său legal (al rudei apropiate), perfectat în modul stabilit de prezenta lege.
- (3) La obținerea consimțământului pacientului de a participa la cercetarea biomedicală (studiul clinic), acestuia trebuie să-i fie prezentate informații exhaustive despre scopurile, metodele, efectele secundare, riscul posibil, durata și rezultatele preconizate ale cercetării. Pacientul poate renunța la participare la cercetarea biomedicală în orice etapă de desfășurare a acesteia.
- (4) Pe toată perioada cercetării medicale (a studiului clinic), viața și sănătatea persoanei supuse experimentului urmează a fi asigurate din contul instituției care efectuează cercetarea la una din organizațiile de asigurări ce activează pe teritoriul Republicii Moldova, în conformitate cu legislația.
- (5) Pentru efectuarea cercetării medicale (a studiului clinic), este obligatoriu acordul unei autorități de etică pentru cercetări medicale, care se instituie ca organizație autonomă nonprofit și activează în baza unui regulament aprobat de Guvern.
- (6) Efectuarea cercetării medicale (a studiului clinic) se admite în orice instituție medico-sanitară, indiferent de tipul de proprietate se bazează pe cercetări prelabile de laborator. Realizarea cercetării urmează a fi reflectată într-un act perfectat în conformitate cu modelul elaborat și aprobat de Ministerul Sănătății.
- (7) Modul de efectuare a cercetării medicale (a studiului clinic) cu aplicarea noilor metode de diagnostic, tratament, profilaxie și reabilitare, a medicamentelor și altor remedii se stabilește prin lege.
- (8) Noile metode de diagnostic, tratament, profilaxie și reabilitare pot fi aplicate pacientului doar după obținerea consimțământului scris al acestuia, iar pentru tratamentul persoanei fără capacitate de exercițiu deplină, în caz de pericol real pentru viața acesteia, și cu consimțământul scris al reprezentantului ei legal (al rudei apropiate).
- (9) Propagarea și publicitatea, inclusiv în mijloacele de informare în masă, a metodelor de diagnostic, tratament, profilaxie și reabilitare, a medicamentelor și altor remedii ce nu au trecut testările de verificare în conformitate cu legislația se interzic.

[Art.14 modificat prin Legea nr.280-XVI din 14.12.2007, în vigoare 30.05.2008]

Capitolul 4

PROTECȚIA DREPTURILOR PACIENTULUI

Articolul 15. Asigurarea dreptului pacientului de a ataca acțiunile prestatorilor de servicii de sănătate

- (1) Pacientul sau reprezentantul său poate ataca acțiunile prestatorilor de servicii de sănătate ce au condus la lezarea drepturilor individuale ale pacientului, precum și acțiunile și deciziile autorităților publice și ale persoanelor cu funcție de răspundere ce au condus la lezarea drepturilor lui sociale stabilite de legislație.
- (2) Pacientul are dreptul la o examinare și rezolvare a cererilor (reclamațiilor) într-o manieră promptă, justă și eficientă.
- (3) Realizarea protecției drepturilor pacientului se asigură pe cale extrajudiciară și judiciară, în conformitate cu legislația.

Articolul 16. Protecția extrajudiciară a drepturilor pacientului

- (1) Protecția extrajudiciară a drepturilor pacientului se realizează, după caz, de către:
 - a) Ministerul Sănătății;
 - b) direcțiile teritoriale de sănătate;
 - c) instituțiile medico-sanitare și farmaceutice;

- d) organizațiile de asigurări de sănătate;
 - e) organizațiile profesionale ale medicilor, asociațiile pacienților, asociațiile obștești pentru protecția consumatorilor de servicii de sănătate;
 - f) alte structuri, create și acreditate în conformitate cu legislația.
- (2) Fiecare instituție medico-sanitară este obligată să afișeze într-un loc accesibil pentru public informația cu privire la drepturile pacienților, modul și termenele de depunere a petițiilor și sugestiilor.
- (3) Cererile sau reclamațiile pacienților adresate organelor menționate la alin.(1) se examinează în temeiul Legii nr.190-XIII din 19 iulie 1994 cu privire la petiționare și al altor acte legislative. Despre rezultatele examinării și decizia luată sînt informați pacientul sau reprezentantul său legal (ruda apropiată) și prestatorul de servicii de sănătate pe a cărui adresă a fost depusă reclamația.
- (4) În caz de dezacord al pacientului sau al reprezentantului său legal (al rudei apropiate) cu rezultatele examinării și decizia luată, aceștia pot apela la comisia independentă de expertiză profesională medicală, care se creează și activează în conformitate cu un regulament aprobat de Ministerul Sănătății.

Articolul 17. Protecția judiciară a drepturilor pacientului

- (1) Orice persoană care consideră că i-au fost lezate drepturile și interesele legitime prevăzute de prezenta lege este în drept, în vederea protejării lor, să se adreseze în instanța judecătorească competentă.
- (2) Adresarea în instanțele judecătorești se face conform prevederilor legislației.

Articolul 18. Responsabilitatea pentru încălcarea drepturilor pacientului

- (1) Responsabilitatea pentru încălcarea drepturilor sociale ale pacientului la asistență medicală o poartă autoritățile administrației publice centrale și locale și autoritățile sistemului de sănătate de toate nivelurile, iar pentru încălcarea drepturilor individuale, stipulate de prezenta lege - prestatorii de servicii de sănătate.
- (2) Persoanele vinovate de încălcarea drepturilor pacientului stipulate de prezenta lege poartă răspundere în conformitate cu legislația.

Capitolul 5 DISPOZIȚII FINALE

Articolul 19

- (1) Prezenta lege intră în vigoare la 6 luni de la data publicării.
- (2) Guvernul:
va prezenta Parlamentului propuneri pentru aducerea legislației în concordanță cu prezenta lege;
va aduce propriile acte normative în concordanță cu prezenta lege.

PREȘEDINTELE PARLAMENTULUI

**Marian
LUPU**

**Chișinău, 27 octombrie 2005.
Nr.263-XVI.**

Legile Republicii Moldova
263/27.10.2005 Lege cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului
//Monitorul Oficial 176-181/867, 30.12.2005

Primul contact cu bolnavul

Motivele consultatiei psihiatrice sunt, de regula, ascunse de bolnav care se rusineaza sau se simte vinovat fata de acestea. Sunt insa, destul de frecvente situatiile in care bolnavii vin direct la medic ca sa-si expuna acuzele.

Bolnavii se afla intr-o permanenta dilema care-i framanta, ii nelinistesc, legat de faptul ca trebuie sa se destainuiasca, sa-si descopere intimitatea propriilor probleme sufletesti, unor persoane necunoscute. Din aceste motive intalnirea cu medicul, consultul medical este de obicei intarziat. Adesea ei sunt adusi la medic impotriva vointei lor.

De modul de comportare al medicului, de momentul "primei intalniri" va depinde ceea ce va urma, cum fi relatia dintre acesta si bolnav. Un prim contact pozitiv va influenta favorabil atat diagnosticul cat si tratamentul. Daca bolnavul nu-si va destainui, in mod spontan propriile sale probleme, atunci revine medicului sarcina de a actiona cu tact si prudenta, sa inceapa si sa conduca conversatia.

Se va lua in discutie felul de viata, situatia profesionala sau scolara, familiala, adaptarea la mediul social a bolnavului, precum si bolile suferite de acesta anterior, modul de debut si evolutie a bolii actuale, starea prezenta.

Convorbirea medicala

Pentru a se realiza o anamneza, intre medic si bolnav se va desfasura o conversatie cu caracter de interviu, care ulterior trebuie sa se transforme intr-o relatere libera, nedirijata, deschisa si sincera a bolnavului (naratiunea clinica a bolii).

Convorbirea medicala urmareste clarificarea diagnosticului in scopul instituirii celui mai adecvat tratament. In acest sens sunt avute in vedere urmatoarele reguli ale conversatiei medicale cu bolnavul:

a) medicul nu trebuie sa puna bolnavului intrebarea intr-un anumit fel si sa nu astepte raspunsul acestuia, ci bolnavul trebuie sa aibe impresia ca el este cel care da sensul discutiei;

b) medicul trebuie sa asculte si sa-si observe bolnavul, cu rabdare si intelegere, fara a influenta raspunsul acestuia;

c) medicul trebuie sa deduca, din relatarile bolnavului, elementele semnificative valorice in raport cu boala, eliminand toate amanuntele lipsite de importanta clinica. Se au in vedere urmatoarele aspecte din cursul conversatiei: vocea, mimica, gestică, tinuta corporala, igiena persona, manifestarile vegetative ale bolnavului, etc..

d) este deosebit de important mai ales ceea ce bolnavul relateaza in mod spontan, faptele sau evenimentele care-l intereseaza sau care l-au impresionat cel mai mult din trecutul sau, pe care acesta le considera a fi cele mai importante, modul de participare sau de angajare emotionala la propria sa suferinta si atitudinea fata de relatarile sale;

e) trebuie facuta legatura intre afectiunea psihica prezenta si evenimentele traite anterior de bolnav;

f) medicul trebuie sa puna intrebari detaliate, cautand ca sa adopte o atitudine de intelegere fata de bolnav si de suferinta acestuia, sa aibe tact, rabdare, sa nu intrerupa sau bruscheze bolnavul, sa nu-i sugereze idei straine, etc.;

g) conducerea discutiei medicului cu bolnavul depinde de atitudinea, atentia si interesul medicului, ca stil profesional, fapt care contribuie in mare masura la crearea unei atmosfere de intimitate favorabila contactului si desfasurarii sincere a conversatiei;

h) medicul trebuie, ca pe tot parcursul conversatiei sa aibe o atitudine de seriozitate prieteneasca, deschisa si intelegatoare, dand impresia ca poate oferi incredere si ajutor eficient bolnavului in rezolvarea problemelor acestuia.

Convorbirea medicala in psihiatrie, cu copiii si adolescentii, are un caracter particular. De regula este necesara si participarea altor membri ai familiei la anamneza.

Psihologia bolnavului

Bolnavul este persoana care acuza o suferinta subiectiva sau care prezinta semne obiective ale unei suferintefgizico-somatice, psihice sau psiho-somatice. Statutul de bolnav este atribuit unei persoane de catre medic, si sunt mai multe moduri de a eticheta ca bolnav o persoana , asa cum se poate vedea mai jos:

- a) Cazuri obisnuite, tipice, nesemnificative sau considerate ca fiind “neinteresante” din punct de vedere medical si stiintific;
- b) Cazuri neobisnuite, atipice, care se abat de la “formele clinice” stabilite de ordinea clasificarii medicale, cu complicatii, cauze necunoscute sau modalitati atipice de evolutie clinica;
- c) Cazuri ilustrative, mai rar intalnite, care starnesc curiozitatea si interesul stiintific al medicilor prin raritatea si ineditul lor;
- d) Bolnavi imaginari, la care acuzele clinice nu au nici un fel de fundament organic-somatic sau fiziologic;
- e) Simulanti sunt persoane care in scopul obtinerii unor avantaje, simuleaza diferite simptome clinice sau chiar boli.

Pentru H.E.Sigerist “boala desbraca omul infatisandu-l in stare primitiva. Multi oameni traiesc in spatele unei masti , boala este cea care le descopera adevarata lor figura”. Acelasi autor afirma ca ‘boala sensibilizeaza omul, in timp ce in viata el este acoperit de un ecran izolator”.

Un fapt este absolut cert: orice boala modifica personalitatea individului, in sensul aparitiei unor aspecte psihologice si comportamentale noi. In aceasta privinta P.Sivadon, le mentioneaza pe urmatoarele:

a) Regresiunea

Orice atingere a integritatii persoanei antreneaza o reactie de protectie de tip regresiv din partea acesteia.

b) Transferul si contratransferul

Transferul poate fi de doua feluri :

- 1) transfer pozitiv cand atitudinile si sentimentele bolnavului sunt transferate asupra medicului curant, fata de care acesta capata o dependenta bazata pe incredere cu efecte pozitive,
- 2) transfer negativ in cursul caruia bolnavul adopta o atitudine de opozitie, si de neincredere fata de medicul sau curant.

c) Reluarea autonomiei

Orice stare de boala face ca persoana bolnavului sa devina dependenta de persoanele care o ingrijesc. Vindecarea, prin restabilirea starii de echilibru somatic si psihic, va favoriza reluarea autonomiei bolnavului, redandu-i capacitatile sale de a actiona in mod liber si voluntar.

Psihologia medicului

Psihologia medicului se situeaza intr-o pozitie de complementaritate in raport cu psihologia bolnavului. Elementele care sunt inchise in “profilul psihologic” al medicului sunt reprezentate prin urmatoarele:

1) Tactul

Aceasta este “finetea de spirit” spune B.Pascal. Omul cu tact are antene morale care-i permit de a cunoaste dificultatile celuilalt. Tactul este arta de a intra in sentimentele celuilalt.

2) Intelegerea semenilor

Esta tot o trasatura psihologica legata de simpatie si filantropie. Ea este expresia ‘iubirii aproapelui” si dorinta de a-l ajuta la nevoie. Este starea de compatimire, de coparticipare la suferinta omului bolnav.

3) Spiritul de observatie

Are o valoare esentiala. El consta in surprinderea esentialului, a degajarii faptelor semnificative., importante din multimea de date inutile, de a cauta cele mai clare si directe cai de abordare a problemelor medicale ale bolnavului.

4) Arta de a convinge

Este persuasiunea bolnavului. Prin aceasta medicul trebuie sa-si apropie bolnavul, sa-l atraga, sa-i sustina moralul, evitand disarmoniile dintre el si pacient, care pot avea consecinte nefaste.

5) Comunicarea cu bolnavul

Este deosebit de important si de ea depinde, in mare masura succesul atat al diagnosticului cat si al efectelor terapeutice asupra bolii. Medicul trebuie sa fie deschis dar prudent in

comunicarea cu bolnavul. Se va evita sa se vorbeasca, intre medici, in prezenta bolnavului, de regula la “vizitele medicale mari” cu mai multi specialisti, intr-o limba straina, pentru ca bolnavul sa un inteleaga cele discutate referitoare la starea sa clinica. Acesta are un efect psihologic si moral extrem de negativ asupra bolnavului trezindu-i angoase, ideea gravitatii sau chiar incurabilitatii bolii, etc. De regula, in timpul comunicarii cu bolnavul medicul trebuie sa asculte iar bolnavul este cel care trebuie sa vorbeasca.

Medicii sunt diferiti. In caul acesta se pot descrie mai multe “tipuri de medici”:

- a) Medicul curant, este tipul omnipracticianului altruit, ocupat, atent si interesat de bolnavi.
- b) Medicul “om de stiinta”, este tipul de cercetator, interesat numai de obiectul si rezultatele cercetarilor sale, experimentalist, detasat de suferinta bolnavilor, orgolios, dornic de descoperiri si de glorie profesionala.
- c) Medicul pedagog, este ocupat cu instruirea studentilor carora si se dedica. Este riguros, ordonat, didactic, sintetic, isi cauta cu multa atentie “cazurile de afis” pe care le prezinta la curs, aduna date de literatura, este la curent cu cunostintele si ultimele descoperiri, cauta sa atraga discipolii, face “scoala si adepti”.
- d) Medicul afacerist urmareste profitul material prin exercitarea profesiei medicale.
- e) Marii maestri sunt cei care ilustreaza un domeniu al medicinei, cei care creaza o specialitate, scoli medicale, sunt inconjurati de colaboratori formati de ei si de elevi-discipoli.

Relatia medic-bolnav

Trebuie precizat, de la inceput, ca raporturile medicului cu bolnavul nu se stabilesc numai prin vorbe frumoase si incurajari de circumstanta exista o adevarata “tehnica psihologica” pe care orice medic trebuie sa o cunoasca si sa o deprinda si care sta la baza relatiei acestuia cu bolnavul sau. Trebuie avut in vedere faptul ca sunt unele lucruri care nu trebuie spuse bolnavului, ca sunt manevre medicale care pot si trebuie sa fie evitate si ca un “cuvant” sau un “procedeu terapeutic” pot genera serioase maladii iatrogene sau maladii terapeutice.

In cadrul relatiei “medic-bolnav”, fiecare dintre aceste persoane au roluri diferite, bine precizate, pe care trebuie sa le indeplineasca. La bolnav conteaza foarte mult personalitatea premorbida si impactul cu boala actuala. La medic conteaza personalitatea acestuia (rezervat, curajos, optimist, dur, defetist), experienta cu bolnavii si modul de a se apropia de acestia.

M.Durant, vorbeste despre “armonia dintre medic si bolnav” care trebuie sa stea la baza “relatiei” mai sus amintite. Autorul mentionat distinge patru tipuri de disarmonii care pot apare intre medic si pacientul sau:

- a) disarmonii sociale, prin inadaptarea medicului la un mediu pentru care nu este pregatit, nici prin origine, nici prin maniere, nici prin cultura,
- b) disarmonii morale, reprezentate prin divergenta de caracter, opinii, religie, lipsa de solitudine si de simpatie,
- c) disarmonii verbale, contand in neintelegeri verbale, comunicare defectuoasa, etc.
- d) disarmonii stiintifice caracterizate prin refuz sau neglijenta de a se adapta la gustul bolnavilor, refuzul noului, a altor opinii,etc

Referindu-se la “rolurile” medicului in relatia sa cu bolnavul, P.Le Gendre mentineaza urmatoarele:

- a) Medicul confident, legat de bolnav prin detinerea “secretului profesional” privind natura bolii, cauza acesteia si diagnosticul clinic care nu trebuie comunicate in afara acestei relatii, datorita unor aspecte care pot leza intimitatea sau personalitatea sociala si familiala a bolnavului (TBC, sifilis, SIDA, boli incurabile,etc)
- b) Medicul sfatuitor este un rol deosebit de greu si riscant ce implica o mare raspundere profesionala dar si morala prin consecintele sale.

Un aspect important legat de relatia intre medic si bolnav este reprezentat de ce se comunica bolnavului si ce se spune anturajului imediat al acestuia.

De regula trebuie pe cat posibil sa se evite de a i se spune adevarul bolnavului in cazul unor afectiuni grave, incurabile, chiar daca acesta insista si afiseaza o mare indiferenta sau un fals curaj.

Trebuie evitata pe cat posibil o atitudine de descurajare din partea medicului, precum si cea de abandon a bolnavului sau, atitudine care ar echivala cu "condamnarea la moarte" a bolnavului respectiv. Bolnavul trebuie sa vada in medic un protector si un salvator.

Tema 14

Specificul examinării psihiatrice a condamnaților

- 1. Examinarea psihiatrică a condamnaților**
- 2. Prevederile ordinului 033 al MJ**

OMJC331/2006

ID intern unic: 319609

Republica Moldova
MINISTERUL JUSTIȚIEI
ORDIN Nr. 331
din 06.09.2006

despre aprobarea Regulamentului cu privire la modul de prezentare a condamnaților grav bolnavi pentru liberarea de la executarea pedepsei

Publicat: 29.12.2006 în Monitorul Oficial Nr. 199 art Nr : 694

În scopul executării prevederilor art. 95 Codul penal si art. 291 Codul de executare, pentru a asigura selectarea obiectivă si imparțială a condamnaților grav bolnavi si prezentarea acestora în instanța de judecată pentru liberarea de la executarea pedepsei, în baza prevederilor pct. 13 al

Regulamentului Ministerului Justiției aprobat prin Hotărîrea Guvernului nr. 129 din 15 februarie 2000,

ORDON:

1. Se aprobă Regulamentul cu privire la modul de prezentare a condamnaților grav bolnavi pentru liberarea de la executarea pedepsei conform anexei.
2. A asigura examinarea obiectivă, exigentă si imparțială a condamnaților grav bolnavi cu stabilirea diagnosticului în baza rezultatelor investigațiilor clinice, instrumentale si de laborator.
3. Pentru stabilirea diagnosticului somatic, în caz de necesitate, a asigura consultarea condamnaților de către medici din cadrul Ministerului Sănătății si Protecției Sociale si/sau efectuarea investigațiilor necesare în instituțiile medico-sanitare publice.
4. Se abrogă Ordinul ministrului justiției nr. 230 din 29 octombrie 1996 despre ordinea de prezentare a condamnaților către eliberare de ispășire a pedepsei pe starea sănătății.

MINISTERUL JUSTIȚIEI

Victoria IFTODI

Nr. 331. Chisinau, 6 septembrie 2006.

INREGISTRAT Anexă

Ministerul Justiției nr. 462 la 29. 09. 2006 la ordinul ministrului justiției

Ministru _____ Vitalie Pîrlog nr. 331 din 06. 09. 2006

COORDONAT COORDONAT

Procurorul General Ministrul sănătății și protecției
al Republicii Moldova sociale al Republicii Moldova
14 august 2006 14 august 2006

Regulamentul cu privire la modul de prezentare pentru liberarea de la executarea pedepsei a condamnaților grav bolnavi

Secțiunea 1

Dispoziții generale

1. Prezentul Regulament reglementează modul de prezentare în instanța de judecată a condamnaților grav bolnavi pentru aplicarea liberării de la executarea pedepsei în baza art. 95 Cod penal adoptat prin Legea nr. 985-XV din 18 aprilie 2002.
2. Prezentarea pentru aplicarea liberării de la executarea pedepsei a persoanelor grav bolnave poate fi efectuată în privința condamnaților la pedeapsa arestului, închisorii sau detențiunii pe viață, în privința cărora hotărârea de condamnare a rămas definitivă și irevocabilă.
3. Liberarea de la executarea pedepsei se aplică condamnaților:
 - a) care în timpul executării pedepsei s-au îmbolnăvit de o boală psihică ce lipsește persoana de posibilitatea de a-și da seama de acțiunile sale sau de a le dirija;
 - b) care după săvârșirea infracțiunii, sau în timpul executării pedepsei s-a îmbolnăvit de o boală somatică gravă ce împiedică executarea pedepsei.
4. Prezentarea pentru liberare de la executarea pedepsei a condamnatului care suferă de o boală psihică, are loc în cazul constatării, de către Comisia medicală specială, în baza datelor cercetării medicale efectuate în conformitate cu prevederile secțiunii a 2-a, a existenței la condamnat a uneia din maladiile psihice cronice prevăzute de anexa nr. 1 la prezentul Regulament.
5. Dacă boala psihică a condamnatului poartă un caracter temporar, trecător cu un pronostic benefic, aceasta nu servește temei pentru liberarea condamnatului de la executarea pedepsei. Condamnații respectivi urmează a fi internați în secțiile de psihoneurologie a spitalelor penitenciare pentru efectuarea tratamentului.
6. Constatarea de către comisiile medicale ale sistemului penitenciar a bolilor psihice menționate nu constituie o concluzie privind starea de responsabilitate sau iresponsabilitate a condamnaților.
7. În sensul prezentului Regulament, boala gravă constituie o modificare organică ireversibilă a unuia sau mai multor organe, care a cauzat o pierdere considerabilă din totalul potențialului funcțional al organismului, caracterizată printr-o incapacitate vitală, ce împiedică executarea pedepsei în condițiile privative de libertate.
8. Incapacitatea vitală ce împiedică executarea pedepsei în condițiile privative de libertate constituie o afecțiune a stării sănătății, când deținerea ulterioară a condamnatului îi pune în pericol viața sau datorită caracterului progresiv al bolii persoana fizică nu este aptă să desfășoare activitatea zilnică în condițiile regimului penitenciar.
9. Lista bolilor somatice grave care împiedică executarea pedepsei este determinată conform anexei nr. 2 la prezentul Regulament.
10. Prezența gradului de invaliditate a condamnatului nu constituie temei pentru prezentarea în vederea liberării de la executarea pedepsei a persoanelor grav bolnave.

Secțiunea a 2-a

Examinarea medicală și prezentarea pentru liberare de la executarea pedepsei a condamnaților grav bolnavi

11. Depistarea condamnaților grav bolnavi se efectuează de către medicii din penitenciare cu spitalizarea lor ulterioară în spitalele penitenciare.
12. Spitalele penitenciare asigură examinarea, stabilirea diagnosticului și tratamentul

condamnațiilor.

13. În cazul în care medicul curant constată că maladia somatică a condamnatului este apreciată ca fiind gravă, solicită examinarea condamnatului de către Comisia Medico-Consultativă a spitalului penitenciar, componența căreia se aprobă prin ordinul sefului spitalului penitenciar.

14. Comisia Medico-Consultativă a spitalului penitenciar apreciază diagnosticul definitiv stabilit și în cazul în care constată că maladia condamnatului este inclusă în anexa nr. 2 la prezentul Regulament decide asupra prezentării concluziilor Comisiei Medicale Speciale a Departamentului Instituțiilor Penitenciare (în continuare Comisia Medicală Specială).

15. Examinarea și stabilirea diagnosticului definitiv pentru constatarea unei boli psihice se efectuează de către Comisia Medicală Psihiatrică, care în cazul în care constată că maladia psihică a condamnatului este inclusă în anexa nr. 1 la prezentul Regulament decide asupra prezentării concluziilor Comisiei Medicale Speciale.

16. Comisia Medicală Psihiatrică este compusă din cel puțin trei medici psihiatri, iar componența nominală a acesteia se aprobă prin ordinul directorului general al Departamentului Instituțiilor Penitenciare.

17. Pentru fiecare condamnat prezentat spre examinare Comisiei Medicale Speciale serviciile de securitate ale spitalelor penitenciare vor întocmi o notă privind lipsa obiecțiilor la prezentarea pentru liberare de la executarea pedepsei, care împreună cu concluzia comisiilor medicoconsultative sau psihiatrice, în cel mai scurt termen, urmează a fi prezentate pentru examinare Comisiei Medicale Speciale.

18. Comisia Medicală Specială examinează condamnații grav bolnavi și documentația medicală, verifică autenticitatea datelor clinice și paraclinice prezentate, temeinicia și corectitudinea diagnosticului definitiv stabilit, corespunderea acestuia Listei bolilor ce permit liberarea de la executarea pedepsei, precum și întocmeste raportul medical care urmează a fi prezentat instanței de judecată.

19. În cazul bolilor somatice grave, raportul Comisiei Medicale Speciale privind prezentarea condamnațiilor grav bolnavi pentru liberare de la executarea pedepsei, va cuprinde: diagnosticul definitiv, constatarea că debutul maladiei a survenit după săvârșirea infracțiunii, sau în timpul executării pedepsei, gravitatea maladiei, constatarea că maladia este inclusă în lista - anexă nr. 2 la prezentul Regulament, precum și concluzia privind faptul că maladia respectivă împiedică executarea pedepsei.

20. În cazul bolilor psihice, raportul Comisiei Medicale Speciale va cuprinde: diagnosticul definitiv, constatarea că debutul maladiei sau o decădere psihotică a unei maladii preexistente a survenit în timpul executării pedepsei, constatarea că maladia este inclusă în lista - anexă nr. 1 la prezentul Regulament, recomandarea, în cazurile dificile, privind numirea unei expertize psihiatrice legale în vederea constatării faptului că boala psihică lipsește persoana de posibilitatea de a-și da seama de acțiunile sale sau de a le dirija, precum și recomandarea privind necesitatea aplicării măsurilor de constrângere cu caracter medical.

21. Forma raportului Comisiei Medicale Speciale se stabilește conform anexei nr. 3 la prezentul Regulament.

22. Raportul Comisiei Medicale Speciale se coordonează cu Direcția Securitate, Regim și Supraveghere și se aprobă de către directorul general al Departamentului Instituțiilor Penitenciare.

23. Comisia Medicală Specială este formată din cel puțin cinci medici cu asigurarea reprezentării următoarelor specialități medicale: medicină internă, ftiziopneumologie, chirurgie și psihiatrie. Componența nominală a Comisiei Medicale Speciale se aprobă prin ordinul ministrului justiției.

Secțiunea a 3-a

Prezentarea în instanța de judecată

24. Imediat după aprobare, raportul Comisiei Medicale Speciale este expediat administrației spitalului penitenciar unde se deține condamnatul.

25. Administrația spitalului penitenciar care asigură executarea pedepsei, în termen de 5 zile, va prezenta în instanța de judecată demersul privind liberarea condamnatului grav bolnav de la executarea pedepsei, raportul Comisiei Medicale Speciale și dosarul personal al condamnatului.

26. La examinarea demersului cu privire la liberarea de executare a pedepsei a condamnaților grav bolnavi, este obligatorie prezența în instanța de judecată a reprezentantului Comisiei Medicale Speciale.

27. Evidența centralizată a condamnaților grav bolnavi prezentați pentru liberarea de la executarea pedepsei este în responsabilitatea Direcției Medicale a Departamentului Instituțiilor Penitenciare conform anexei nr.4 la prezentul Regulament.

**Anexa nr.1
la Regulamentul cu privire la modul
de prezentare pentru liberare de la
executarea pedepsei a condamnaților
grav bolnavi**

L I S T A

bolilor psihice care lipsesc persoana de posibilitatea de a-si da seama de acȚiunile sale sau de a le dirija și care constituie temeiul prezentării condamnaȚilor pentru liberarea de la executarea pedepsei

Tulburări psihice

1. Schizofrenie cu evoluȚie nefavorabilă.
2. Psihoză maniaco-depresivă cu alterări frecvente ale fazelor depresivă și maniacală, cu stare psihotică mixtă, evoluȚie continuă.
3. Stări demenȚiale de orice etiologie.
4. Psihoză reactivă trenantă cu evoluȚie progredientă.
5. Stări psihotice cronice de orice geneză.
6. Tulburări delirante persistente.
7. Dezvoltarea patologică a personalității.

**Anexa nr.2
la Regulamentul cu privire la modul
de prezentare pentru liberare de la
executarea pedepsei a condamnaȚilor
grav bolnavi**

L I S T A

**bolilor somatice, care constituie temeiul prezentării condamnaȚilor
grav bolnav pentru liberarea de la executarea pedepsei**

1. Tuberculoză.

1.1. Tuberculoză pulmonară fibro-cavitară extensivă bilaterală, cu empiem pleural total cronic, cu fistulă bronșică cu insuficiență cardiacă (NYHA III - IV) și insuficiență respiratorie gradul IIII.

Se caracterizează prin prezența cavernei fibroase primare și caverne formate adăugător în același plămân, unde este localizat procesul de bază sau în cel opus și/sau empiem pleural cu fistula bronșică. La aceasta se remarcă noduli de diseminare, fibroză/ciroză/scleroză mai mult sau mai puțin pronunțată, aderențe pleurale, emfizem compensator secundar, bronșiectazii, afectarea secundară a altor organe și sisteme ca consecințe a procesului pulmonic cronic, apariția de noi noduli de diseminare limfohematogenă sau bronhogenă și caverne recente pe fundalul tratamentului antibacterian adecvat. Acest proces prezintă etapa finală a diferitor forme de tuberculoză pulmonară cu evoluție nefavorabilă și se complică cu insuficiență cardiacă (NYHA

III - IV) și insuficiența respiratorie gradul II-III, hemoptizii periodice sau hemoragii pulmonare, hidro/piopneumotorax total, eliminare continuă a micobacteriilor tuberculoase.

La stabilirea diagnosticului de tuberculoză pulmonară fibrocavitară bilaterală progresivă sau empiem cronic, este necesar de luat în considerație prezența îndelungată în anamneză a procesului de tuberculoză însoțit de acutizări periodice, incapacitate de muncă stabilă. La explorarea radiologică obligatorie se depistează schimbări pronunțate fibroase și distructive a țesutului pulmonar, de asemenea trebuie să fie confirmarea clinică și de laborator a prezenței procesului și complicațiilor asociate.

1.2. Tuberculoză pulmonară infiltrativă (pneumonie cazeoasă) cu insuficiență cardiacă (NYHA III-IV) și respiratorie II-III

Se caracterizează prin prezența afectării subtotale a unui plămân cu evoluție rapidă și distrucții pulmonare, stare de gravitate medie/gravă a pacientului, semne pronunțate de intoxicație și insuficiență cardio-respiratorie gradul III-avansată pe fundalul tratamentului antituberculos adecvat. La aceasta se remarcă noduli de diseminare limfo-hematogenă și bronhogenă în ambii plămâni, hemoragii pulmonare, hemoptizii repetate, hidro/piopneumotorax total cu eliminarea continuă a micobacteriilor tuberculoase.

Pentru argumentarea diagnosticului este obligatorie explorarea radiologică, clinică și de laborator.

1.3. Tuberculoză extrarrespiratorie

1.3.1. Tuberculoza oaselor și articulațiilor (coloana vertebrală, oasele și articulațiile mari).

Se caracterizează prin distrugerii masive în regiunea afectată și schimbări distrofice ireversibile. Apar adeziuni cicatriceale, regenerări cicatriceale a burselor articulare, care duc la contracturi. La spondilită deseori au loc abcese "reci" tuberculoase, paralizii spastice, leziuni medulare.

Diagnosticul tuberculozei osteoarticulare se bazează pe explorarea radiologică în 2 incidențe (directă și de profil), clinică și de laborator, reacția la tuberculină, examenul eliminărilor din abcesul "rece".

1.3.2. Tuberculoza urogenitală - tuberculoză cavitară a rinichilor cu dezvoltarea insuficienței renale cronice stadiul terminal sau amiloidoza organelor interne cu incapacitatea de muncă stabilă. Se caracterizează prin distrugerii masive în regiunea afectată și schimbări distrofice ireversibile a țesutului renal.

Diagnosticul tuberculozei rinichilor se bazează pe datele analizei clinice a urinei (caracteristice - piurie, proteinurie, izostenurie, cilindurie), obligator radiografia de ansamblu a regiunii rinichilor și vizicii urinare, examenul ultrasonografic, urografie excretorie, cistoscopie și pielografie retrogradă.

1.3.3. Tuberculoza sistemului nervos (meningita tuberculoasă, meningoencefalită tuberculoasă și encefalomielită tuberculoasă s.a.). Se caracterizează prin dereglări a conștiinței, somnolență, delir, stupoare, comă, crize convulsive, paralizii a nervilor cranieni, paraplegie flască sau spastică, tulburări sfincteriene, semne meningiene, prezența reflexelor de automatism medular, escare. Diagnosticul tuberculozei sistemului nervos (meningita tuberculoasă, meningoencefalită tuberculoasă și encefalomielită tuberculoasă s.a.) se bazează pe datele examinării lichidului cefalo-rahidian, concluziei specialistului neurolog, explorării radiologice și clinice.

2. Tumori

2.1. Toate tumorile maligne în grupa IV clinică după clasificarea internațională TNM. Diagnosticul clinic, ca regulă, se confirmă prin examenul histologic.

2.2. Tumorile maligne ale țesuturilor limfatic și hematopoietic.

Tumorile mieloproliferative:

2.2.1. Leucoză acută (toate formele).

2.2.2. Mieloleucoză cronică cu casexie progresivă, anemie, splenomegalie, sindrom hemoragic.

2.2.3. Eritromieloză cronică, stadiu terminal.

2.2.4. Eritremie, complicată cu hemoragii sau tromboză cerebrală.

2.2.5. Limfocitoză cronică, complicată cu anemie, trombocitopenie și infecții continuu recidivante.

2.2.6. Leucoză monocitară cronică, stadiu terminal cu anemie și sindrom hemoragic.

2.2.7. Mielom multiplu cu procese osteodestructive (fracturi patologice a coloanei vertebrale și oaselor extremităților inferioare).

2.2.8. Limfocitofilia, stadiu IV, cu leziune difuză a unui sau mai multe organe extralimfatice, cu leziunea ganglionilor limfatici.

3. Bolile endocrine.

3.1. Diabet zaharat tip 1 (doza de insulină nocturnă 64 UA), evoluție gravă cu micro-macro angiopatii, polineuropatii pronunțate, pusee de chetoacidoză.

3.2. Diabet zaharat tip 2, evoluție gravă cu retinopatie severă, polineuropatie pronunțată, angiopatie diabetică:

- boala hipertonică gr.III;

- BIC cu insuficiență gr.IV NYHA;

- encefalopatie diabetică.

3.3. Boala Itenko-Cushing cu complicații pronunțate: fracturi patologice a oaselor tubulare sau coloanei vertebrale, atrofia mușchilor, cardiomiopatie cu insuficiență circulatorie de gradul III, dereglarea circulației cerebrale cu tulburări motore profunde stabile a două sau mai multe extremități.

3.4. Insuficiență hipofizară (boala Simmonds) în stadiu casexie.

3.5. Boala Addison cu manifestări pronunțate și care se supune compensării cu greu.

4. Bolile sistemului nervos și organelor de simț.

4.1. Bolile vasculare a encefalului și măduvei spinării: embolie, dereglare acută a circulației cerebrale hemoragice, ischemică sau mixtă, encefalopatie vasculară cronică de gradul III, hemoragie subarahnoidiană primară (netraumatică) cu diagnosticul stabilit cu fenomene pronunțate stabilite a lezărilor nodulare a encefalului (hemi-, paraplegii, hemi-, parapareze profunde, dezorientare în timp și spațiu, sindrom acinetorigid).

4.2. Bolile infecțioase demielinizante a sistemului nervos central, însoțite de leziuni organice a encefalului și măduvei spinării cu dereglări profunde stabile a funcției (paralizii grave, pareze profunde cu dereglări răspândite a sensibilității, dereglări a funcției organelor bazinului, dereglări trofice, sindrom acinetorigid pronunțat) și evoluție progresivă a procesului:

4.2.1. Meningită secundară purulentă.

4.2.2. Abcese cerebrale.

4.2.3. Abcese spinale epidurale și granuloame de etiologie netuberculoasă.

4.2.4. Neurosifilis.

4.2.5. Leziunea sistemului nervos la tuberculoză.

4.2.6. Scleroză diseminată.

4.2.7. Leucoencefalită Schilder.

4.3. Bolile traumatice a sistemului nervos central cu fenomene pronunțate stabile de lezare

nodulară a creierului (hemi-, paraplegii, hemi-, parapareze profunde).

4.4. Bolile cu evoluție rapidă progresivă, dereglări pronunțate stabile a funcțiilor motor, sensibilitate și vegetotrofie cu tratament efectuat ineficace:

4.4.1. Tumoare a creierului.

4.4.2. Tumoare craniospinală.

4.4.3. Tumoare medulară.

4.4.4. Siringobulbie.

4.4.5. Distrofie hepatocerebrală (degenerescență hepatolenticulară; boala Wilson-Konovalov).

4.4.6. Ataxie spinalcerebrală.

4.4.7. Scleroză laterală amiotrofică.

4.4.8. Miastenie.

4.5. Epilepsie:

4.5.1. Psihoză epileptică cu evoluție trenantă, care capătă caracter cronic, tratament efectuat ineficace.

4.5.2. Cu generalizare și complicată cu dereglări paroxistice cu schimbări psihice pronunțate și progresive.

4.5.3. Demență epileptică.

4.6. Cecitate totală, de asemenea starea când pe baza schimbărilor patologice stabile acuitatea vizuală a ochiului, care vede mai bine nu depășește 0,03 și nu poate fi corectată sau câmpul vizual a ambilor ochi este îngustat concentric pînă la 100.

5. Bolile organelor circulației sanguine.

5.1. Bolile inimii cu insuficiență cardiacă IV NYHA.

5.1.1. Pericardită constrictivă, care nu poate fi supusă tratamentului chirurgical.

5.1.2. Valvulopatiile cardiace dobîndite și malformațiile cardiace congenitale.

5.1.3. Endocardită bacteriană, evoluție trenantă.

5.1.4. Cardiomiopatie (congestivă, hipertrofică, obstructivă).

5.1.5. Fibroză endomiocardică.

5.1.6. Cardioscleroză miocardică.

5.1.7. Boala coronariană.

5.1.8. Dereglarea ritmului cardiac.

5.2. Boala hipertonică în stadiu III:

5.2.1. Cu infarct miocardic acut repetat transmural sau macrofocal cu dereglarea stabilă a ritmului și insuficiență circulatorie progresivă.

5.2.2. Cu insuficiență IV NYHA.

5.2.3. Cu insuficiență renală cronică stadiu terminal.

5.3. Bolile arteriilor cu afecțiunea vaselor mari a cel puțin două extremități în stadiu gangrenosnecrotic.

5.3.1. Endarterită obliterantă.

5.3.2. Ateroscleroză obliterantă.

6. Bolile organelor respiratorii.

Bolile cronice nespecifice a plămînilor cu pneumoscleroză difuză, emfizem pulmonar, cord pulmonar cronic în stadiu decompensat, insuficiență respiratorie de gradul III sau amiloidoză a organelor interne și insuficiență renală stadiu terminal:

6.1. Bronsită obstructivă cronică.

6.2. Astm bronșic.

6.3. Boala bronșectatică.

6.4. Abces pulmonar.

6.5. Empiem pleural.

6.6. Pneumoconioze de etiologii diferite.

6.7. Alveolită idiopatidă fibroasă.

6.8. Sarcoidoză.

6.9. Emfizem primar.

7. Bolile aparatului digestiv.

7.1. Bolile intestinului sau ale altor organe a aparatului digestiv cu sindrom pronunțat de dereglare a absorbției în stadiu casexic.

7.2. Ciroze hepatice de etiologie diferite în stadiu decompensat cu hipertenzie portală, sindromul hepato-renal, hipersplenism.

8. Bolile rinichilor cu insuficiență renală în stadiu terminal.

8.1. Glomerulonefrită cronică.

8.2. Pielonefrită cronică.

8.3. Hidronefroză.

8.4. Boala cistică a rinichilor.

9. Bolile sistemului osteoarticular și țesutului conjunctiv cu proces generalizat neîntrerupt progresiv și cu prezența insuficienței renale cronice în stadiu terminal, sau insuficiență circulatorie în stadiu III, sau leziune stabilă nodulară a sistemului nervos central (hemi-, paraplegii, hemi-, parapareze), sau leziune generalizată a musculaturii striate cu disfagie, disartrie.

9.1. Artrită reumatoidă.

9.2. Vascularită hemoragică.

9.3. Spondilartrită anchilopoietică.

9.4. Lupus eritematos sistemic.

9.5. Dermatomiozită.

9.6. Periarterită nodoasă.

9.7. Sclerodermie sistemică.

10. Bolile metabolice: gută cu nefropatie gutoasă și insuficiență renală cronică în stadiu terminal.

11. Defecte anatomice datorită bolilor sau traumelor în timpul ultimului termen de ispășire a pedepsei; amputație superioară a extremităților superioare sau inferioare, de asemenea combinarea amputației superioare a unei extremități superioare și a unei extremități inferioare.

12. Boala actinică.

12.1. Boala actinică acută.

12.1.1. Boala actinică acută în perioada de stare de oricare grad a greutății (I- IV).

12.1.2. Leziuni actinice a pielii în perioada de stare la gradul I-IV de greutate.

12.1.3. Consecințele bolii actinice acute:

12.1.3.1. Sindrom astenic cu casexie sporită și insuficiență funcțională a sistemelor reglatoare, în primul rând nervos și vascular.

12.1.3.2. Simptoamele afecțiunii organice a sistemului nervos și vascular cu dereglarea circulației sanguine cerebrale și periferice.

12.1.3.3. Instabilitatea indicilor sîngelui periferic - sindrom citopenic pronunțat cu simptoame de hipoplazie a măduvei osoase (numărul leucocitelor mai mic de $3,0 \times 10^9$, numărul trombocitelor mai mic de $1,5 \times 10^9$).

12.1.3.4. Schimbări locale profunde trofice, degenerative și sclerotice, ulcerații actinice tardive, sindrom dureros.

12.1.3.5. Contracturi și defecte de amputație.

12.1.3.6. Cataracta de iradiație stadia III cu acuitate vizuală la ochiul mai bun 0,1 - 0,5.

12.2. Boala actinică cronică în perioada de formare gradul II-IV de greutate și perioada îndepărtată (stadiu progresare).

12.3. Efecte actinice tardive (tumori maligne a țesutului hematopoetic, țesutului osos, plămânilor, ficatului).

Diagnosticul bolii actinice și efectelor actinice se stabilește de comisie cu participarea specialistilor în medicina de radiație.

13. SIDA

13.1. SIDA în stadiul IV după clasificarea clinică OMS - asocierea suprainfecțiilor:

13.1.1. Candidoză pulmonară;

13.1.2. Candidoză esofagiană;

13.1.3. Cancer cervical;

13.1.4. Coccidioidoză;

13.1.5. Cryptococoză extrapulmonară;

13.1.6. Cryptosporidioză cu diaree mai mult de 1 lună;

13.1.7. Toxoplazmoză cerebrală;

13.1.8. Infecții provocate cu citomegalovirus, cu afectarea organelor, cu excepția: ficatului, splina și ganglionii limfatici;

13.1.9. Herpes simplex cronic (mai mult de 1 lună) sau esofagită cu Herpes simplex;

13.1.10. Lencoencefalopatia multifocală progresivă;

13.1.11. Infecții cu micobacterii atipice;

13.1.12. Sepsicemie provocată de salmonelose (cu excepția salmonella typhi);

13.1.13. Tuberculoza extrapulmonară;

13.1.14. Limfoma;

13.1.15. Sarcom Kaposi;

13.1.16. Encefalopatie HIV;

13.1.17. Wasting sindrom (casexia HIV).

Diagnosticul SIDA și semnelor clinice ale bolii se stabilesc de comisie cu participarea specialistilor corespunzători după examenul și investigațiile medicale necesare.

BIBLIOGRAFIE

1. Dragomirescu V., *Expertiza medico-legală în psihiatria judiciară*, București, 2002.
2. Astărăstoae V., Scripcaru Gh., Chiriță V., *Psihiatrie medico-legală*, Polirom, 2002.
3. Antoniu G., *Vinovăția penală*, București, 1995.
4. Pirozynski T., Scripcaru Gh. *Psihiatrie și victimologie*, Iași, 1995.
5. Scripcaru Gh., *Deontologia medicală și mass-media*, Iași, 1992.
6. Bogdan T., *Probleme de psihiatrie judiciară*, București, 1973.
7. Dragomirescu V., Popa M., *Expertiza medico-legală „pe acte” în cauze civile*, București, 1976.
8. Pirozynski T., Scripcaru Gh., *Bioetică și psihiatrie*, Iași, 1995.
9. Scripcaru gh., Terbanca M., *Patologie medico legala*, ed. Didactica și pedagogica, București, 1983.
10. Chirița V., Pirozynski T., Boișteanu P. *Psihiatrie clinica*, Iași: UMF, 1993.
11. Dragomirescu V., Popa V. *Conduite reactive cu implicatii medico-legale*".
12. Antoniu G., *Raportul de cauzalitate în dreptul penal*, București, 1968.
13. Bogdan T., *Probleme de psihologie judiciară*, București, 1973.
14. Ciornea Th., *Medicina legală: definiție și interpretări*, Iași, 1986.

15. Dragomirescu V., *Orientări ale asistenței interdisciplinare medico-legale în perspectivă antropologică*, București, 1991.
16. Dragomirescu V., *Contribuții la studiul cauzalității în reacțiile heteroagresive și victimologie cu implicații medico-legale psihiatrice*, București, 1991.
17. Dragomirescu V., *Detrminism și legătura de cauzalitate în domeniul psihiatriei medico-legale*, București, 1991.
18. з георгадзе *судебная психиатрия* москва 2003
19. А. Ю. Дышлевой, *Агрессия как форма противоправного сексуального поведения* архив психиатрии, 2004.
20. Антонян Ю. М., Бородин С. В. *Преступное поведение и психические аномалии*. М.: "спарк", 1998 - 215 с.
21. Гиндикин в. Я., Гурьева В. А. *Личностная патология*. М.: "Триада-х", 1999. 266 с.
22. Грейденберг Б. С. *Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе*. Петроград: Право, 1915. 424 с.
23. Гульдман в. В. *Значение особенностей мотивации противоправного поведения при решении вопроса о вменяемости при психопатиях // проблемы вменяемости в судебной психиатрии*. М.: изд-во цниисп им. В. П. Сербского, 1983. С. 55-64.
24. Гульдман В.В. *мотивация преступного поведения психопатических личностей. // криминальная мотивация*. М.: Наука, - 1986. - с. 189-250.
25. Антонян Ю.М. и др. *Серийные сексуальные преступления*. Москва. Щит, 2000.
26. Антонян ю.м., Горинов В.В.. *Преступники с умственной отсталостью*. Москва, 1998.
27. Штернберг Э. А. *Геронтологическая психиатрия*. Москва 1977.
28. Фелинская Н.И. *Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике*. Москва, 1968.
29. В.Н. Волков, Г.К. Дорофеев. *Кратковременные психические расстройства и их судебно-психиатрическое значение*. Юнити. Закон и право. Москваб 2004.
30. *Судебная психиатрия*. Учебник. Под ред. Дмитриева А.С., Клименко Т.В., 1998.
31. *Судебная психиатрия*. Учебник. Под ред. Морозова Г.В., Москва: Юридическая литература, 2002.
32. Дмитриева Т.Б., Харитоновна Н.К., Иммерман К.Л., *Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе*. СПб: Юридический центр-пресс, 2003.
33. *Клиническая и судебная подростковая психиатрия* под ред. Проф. В.А. Гурьевой, Москва, 2001.
34. Зайцев А. В., *К вопросу о формуле ограниченной вменяемости*, Харьков, 2002.
35. Зайцев А. В., *Соотношение ограниченной вменяемости с физиологическим аффектом и физиологическим опьянением*, Киев, 2003.