

Универзитет у Приштини
са привременим седиштем у Косовској Митровици
ПРАВНИ ФАКУЛТЕТ
Зборник радова
„УНИВЕРЗАЛНО И ОСОБЕНО У ПРАВУ“

Издавач:

Правни факултет Универзитета у Приштини
са привременим седиштем у Косовској Митровици,
Лоле Рибара 29, 38220 Косовска Митровица, тел. 028.425.336, www.pra.pg.ac.rs

За издавача

Проф. др Владан Михајловић, декан

Главни и одговорни уредник

Доц. др Огњен Вујовић

Заменик главног и одговорног уредника

доц. др Страхиња Миљковић

Уређивачки одбор

Чланови из земље: проф. др Владан Михајловић, проф. др Урош Шуваковић, проф. др Душанка Јововић, проф. др Братислав Милановић, проф. др Вук Радовић, проф. др Јелена Беловић, проф. др Дејан Мирковић, доц. др Андреја Катанчевић.

Чланови из иностранства: prof. dr Gábor Hamza, prof. dr Damjan Korošec, prof. dr Barbara Novak, prof. dr Tina Pržeska, naučni saradnik dr Vanda Božić, doc. dr Ratko Brnabić, doc. dr Nives Mazur Kumrić, проф. др Горан Марковић, доц. др Драган Гоцевски.

Секретар Уређивачког одбора:

Доц. др Саша Атанасов

Технички уредник:

Младен Тодоровић

Дизајн корица:

Димитрије Милић

Корица:

Детаљ из Законоправила Светога Саве, Иловички препис, 1262. година.

Штампа: Кварк, Краљево

Тираж: 50 примерака

ISBN 978-86-6083-054-0

Штампање овог Зборника помогло је Министарство просвете,
науке и технолошког развоја Републике Србије

Прегледни рад

Владимир В. ВЕКОВИЋ*

Правни факултет Универзитета у Приштини са привременим седиштем у
Косовској Митровици

ТЕЛЕСНО И МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ ИЗВРШИЛАЦА КРИВИЧНИХ ДЕЛА ПРОТИВ ЖИВОТА И ТЕЛА

Апстракт: Целовито и суштинско сагледавање кривичних дела против живота и тела као индивидуалне појаве, поред минуциозне анализе личности извршилаца, мора да инкорпорира и сазнања о њиховом телесном и менталном здрављу. С обзиром да смо се личношћу извршилаца већ детаљно бавили, определили смо се да у раду који следи фокусирамо пажњу на улогу коју у манифестовању овог вида криминалног понашања имају проблеми на плану њиховог телесног и менталног функционисања. Према резултатима истраживања, најинтензивнији криминогени утицај остварују: телесни недостаци; алкохолизам/алкохолисаност *tempore criminis*; психопатије; дебилитет и схизофренија. Наведени проблеми нису непосредни узрок криминалног понашања, тј. не доводе аутоматски до вршења кривичних дела. Веза између њих и кривичних дела којима се повређује или угрожава туђи живот, односно телесни интегритет, несумњиво постоји, али је по својој природи друштвена и индиректна. Очигледно је да сазнања о личности извршилаца ових кривичних дела, као и о нарушености њиховог здравља представљају неопходну претпоставку за: а) разумевање механизма деловања друштвених утицаја који своје дејство на понашање појединаца никада не остварују директно, већ посредством и на основу личних својстава (дакле, постоји дијалектичка повезаност објективног и субјективног); б) осмишљено планирање, организовање и предузимање превентивних активности и в) правилно решавање питања кривице и остваривање начела индивидуализације кривичне санкције, како приликом њеног изрицања, тако и у фази третмана и ресоцијализације.

Кључне речи: *здравље, извршилац, кривична дела против живота и тела, телесни недостаци, алкохолизам, психопатије, ментална ретардација, схизофренија.*

* Редовни професор, vladimir.vekovic@pr.ac.rs

УВОДНА РАЗМАТРАЊА

Човеков живот и телесни интегритет представљају универзалне вредности које прокламују и за чију се афирмацију и ефикасну заштиту, поред моралних норми сваког друштва, устава и закона, опредељују и бројни међународни документи обавезујућег и препоручујућег карактера. Процес њиховог инкорпорирања у тезаурус историјски досегнутих, општељудских вредности текао је паралелно са постепеним успоном демократске цивилизације, тј. са преовладавањем идеје да је човек друштвено и рационално биће које може схватити природу свог положаја према другим људима и неопходност узајамног признавања и поштовања одређених права (међу њима, свакако права на живот као „врховног људског права“, односно „најосновнијег од свих људских права“ и права на телесни интегритет) и тако омогућити себи, али и њима најоптималнији начин бивствовања у датом тренутку. Међутим, историјска ретроспектива указује да су ове вредности, иако нормативно унапређиване, у пракси често на најбруталнији начин биле обезвређиване, на основу чега је израстао и културни мит о неуништивости насиља, не ретко наметан као научно ратификована истина.

И у Републици Србији кривична дела против живота и тела¹ представљају алармантан друштвени проблем. Та оцена темељи се на подацима о традиционално високој партиципацији ових кривичних дела у целокупно пресуђеном криминалитету, неповољној структури (тј. значајној заступљености тежих и друштвено опаснијих кривичних дела) и последицама које настају њиховим извршењем, али и на чињеници да су рат и суштинске промене које су се на размеђи II и III миленијума одиграле на идејно-политичком, друштвено-економском и социо-културном плану, реално повећали могућност интерперсоналних конфликта у разним сферама живота и испровоцирали одређене друштвене и индивидуалне факторе који утичу на пораст агресивности у решавању тих проблема.² Сходно томе, мишљења смо да целовито и суштинско сагледавање кривичних дела против живота и тела као

¹ Кривични законик – КЗ, Глава тринаеста КРИВИЧНА ДЕЛА ПРОТИВ ЖИВОТА И ТЕЛА (чл. 113-127), *Службени гласник РС*, бр. 85/05, 88/05 – исправка, 107/05 – исправка, 72/09, 111/09, 121/12, 104/13, 108/14, 94/16.

² Владимир В. Вековић, Психолошки приступ етиологији насилничког криминалитета – „рани радови“ и каснија проучавања, *Однос права у региону и права Европске уније* (Зборник радова са Научног скупа који је у организацији Правног факултета у Источном Сарајеву одржан 25. октобра 2014. године на Палама), Источно Сарајево, 2015, 334-335.

индивидуалне појаве, поред минуциозне анализе личности извршилаца,³ мора да инкорпорира и сазнања о њиховом телесном и менталном здрављу. У криминолошкој литератури телесном здрављу посвећује се мање пажње (већина аутора задовољава се констатацијом да је оно углавном задовољавајуће), него проучавању односа између менталног функционисања и криминалног понашања.⁴ То је првенствено зато што извесни ментални поремећаји (душевна болест, привремена душевна поремећеност, заостали душевни развој или друга тежа душевна поремећеност – чл. 23. ст. 2. КЗ) могу деловањем на човекове интелектуалне и волунтаристичке способности, резултирати неурачунљивошћу (која представља основ искључења кривице) или битно смањеном урачунљивошћу (факултативни основ за ублажавање казне). У настојању да избегнемо такав једностран приступ који неминовно води дубиозним закључцима, определили смо се да сагледамо улогу коју у манифестовању овог вида криминалног понашања имају: телесни недостаци; болести зависности (алкохолизам и наркоманија); ментална ретардација; психопатије; неурозе и психозе, како органске (патолошко пијанство, алкохолна халуциноза и алкохолна љубомора), тако и функционалне (схизофренија, манично-депресивна психоза и параноја).

1. ТЕЛЕСНИ НЕДОСТАЦИ

Приликом процењивања утицаја телесних недостатака (инвалидитета) на целокупно, па и криминално понашање, потребно је поћи од чињенице да се лице са тим недостатком у нашој култури (а она по овом питању не представља никакав изузетак), по правилу, опажа као различито од других; шта више, и оно себе (због лишености одређене серије чулних дражи код сензорних оштећења и/или отежаног, односно онемогућеног обављања свакодневних активности у случају оштећења локомоторног апарата), најчешће доживљава као такво. Субјективне реакције на телесни недостатак крећу се у широком распону између две крајности. Један мањи број људи покушава да превазиђе свој недостатак и тешкоће које изазива, максимално се посвећује обављању професионалне делатности (не ретко постижући врхунске резултате), стварајући тако

³ Вид. Владимир В. Вековић, Личност извршилаца кривичних дела против живота и тела, *Начела добре владавине права – начело правне сигурности и начело правичности* (Тематски зборник – Научно истраживачки пројекат), Косовска Митровица, 2017, 175-196.

⁴ У складу с тим је и подела криминалитета на социјални и патолошки: први врше психички здраве, а други ментално поремећене особе. Вид. Maxime Laignel-Lavastine, Vasile-Vasile Stanciu, *Précis de Criminologie*, Paris, 1950, 194.

неопходне претпоставке за успешно укључивање у нормалне животне токове. Свест о недостатку мотивише их да буду активни чинилац обликовања сопственог бића, тј. мењања самог себе, што представља теоријску и практичну основу рехабилитације. Нажалост, највећи број особа свој телесни недостатак перципира као трагедију и, у складу с тим, манифестује облике нереалистичког реаговања на њега.

Традиционална и актуелна структура уже и шире друштвене средине, као и улога коју лице са телесним недостатком има у оквиру ње, приоритетно условљавају став према њему. Не можемо се, међутим отети генералном утиску да им савремена друштва нису наклоњена. Уместо да их прихвати и створи услове за максималан развој и искоришћавање способности и потенцијала које поседују, како би на тај начин компензовали колико је год могуће свој хендикеп, друштвена заједница их игнорише (што указује на постојање психичке слепе мрље за регистровање њихових проблема), изолује (правдајући се да то чини за њихово добро), а у неким случајевима манифестује и (не само вербалну) агресију.⁵ Ограничена скученим егзистенцијалним пољем, наметнутим не толико телесним недостатком колико својеврсним друштвеним острацизмом, ова лица се претерано усредсређују на недостатак, свесно или несвесно га преувеличавају, па своје шансе за успешну социјалну промоцију сматрају знатно мањим него што оне објективно јесу. У складу с тим, не изненађује податак да су анксиозност и депресија најчешћи начин реаговања на телесни недостатак; такође, уочавају се и регресивне тенденције (враћање на већ превазиђене облике понашања), претерана зависност, егоцентричност итд. Снажно развијен комплекс инфериорности и динамика емоционалног живота испуњена фрустрацијама (које она ретко разрешавају, а често потискују, што доприноси њиховој повишеној осетљивости) чини их склоним импулсивном, афективном и агресивном понашању, па и вршењу

⁵ Постоји крајње негативна валенција, тј. изузетно висок степен неповољности сазнајне, емоционалне и делатно-тенденцијске компоненте ставова социјума према особама са телесним недостацима. Поред занемаривања, изоловања, одбацивања, сажаљења, презира и вређања, оне се свакодневно суочавају и са низом других ограничења које им намеће друштвена заједница. То су нпр. проблем усамљености и организовања друштвеног живота (а познато је да оне имају већу потребу за присутношћу и подршком других, нарочито лица са очуваним чулима и моториком), проблем савладавања архитектонских, односно грађевинских баријера у становима, јавним просторима и установама, тешкоће у коришћењу јавног саобраћаја итд. Отворена или маскирана, намерна или ненамерна нетолеранција присутна је на сваком кораку, битно ограничавајући њихову физичку, али и социјалну покретљивост.

кривичних дела против живота и тела,⁶ нарочито ако постану свесна и најмање непријатне алузије на свој недостатак.

Овакав став особа са телесним недостатком према друштвеној заједници највећим делом створен је реактивно, сагласно ставу заједнице према њима,⁷ што упућује на закључак да ти недостаци нису непосредни узрок криминалног понашања. Несумњиво, та веза постоји, али је по својој природи друштвена и индиректна; прецизније, неадекватан однос уже и шире средине према овим појединцима утиче на формирање негативних особина личности које могу, нарочито ако се јаве у стицају са осталим субјективним и објективним криминогеним факторима условити вршење кривичних дела којим се повређује или угрожава туђи живот, односно телесни интегритет.

2. БОЛЕСТИ ЗАВИСНОСТИ

Међу извршиоцима кривичних дела против живота и тела значајно партиципирају, како алкохоличари (особе које ексцесивно пију и чија је зависност од алкохола толика да показују видљиве менталне поремећаје или такве поремећаје који указују на оштећење телесног и менталног здравља, односа са другим људима, социјалног и економског стања или само испољавају знаке таквог развоја), тако и лица која нису нужно алкохоличари, али су била у алкохолисаном стању (стању акутног пијанства или акутне интоксикације алкохолом) *tempore criminis*. Дакле, извршилац кривичног дела којим се повређује или угрожава туђи живот, односно телесни интегритет, може, с обзиром на ово својство, бити:

⁶ Тако је нпр. В. Пешић установио да телесни недостаци постоје код 4,00%, а З. Сулејманов код 3,10% убица. Према резултатима истраживања Ш. С. Вуковића, заступљеност лица са телесним недостацима међу извршиоцима крвних деликата још је нижа. Вид. Вукашин Пешић, *Убивства у Југославији*, Београд, 1972, 73; Зоран Сулејманов, *Убивства во Македонија*, Скопје, 1990, 331; Шпиро С. Вуковић, *Крвни деликти у Србији*, Зајечар-Београд, 1985, 144-145.

⁷ С тим у вези, М. А. Елиот с правом указује „да до ненормалног понашања више доводи духовна и емоционална реакција на богаљасто стање него сам недостатак. То је, наравно, условљено згражањем и сажалењем телесно нормалног. Кад не би било одбацивања богаља, он не би био озлојеђен.“ Слично њој, В. Јеротић истиче да „физички изглед формира не само став околине према личности, већ сходно овоме ставу и став саме личности према овој околини.“ Мејбл А. Елиот, *Zločin u savremenom društvu*, Сарајево, 1962, 267; Владета Јеротић, Личност – њен развој и последице, *ЈРКК*, бр. 3/74, 436.

алкохолисани алкохоличар, неалкохолисани алкохоличар или алкохолисани неалкохоличар.⁸

Унет у организам, алкохол испољава низ негативних последица, од којих многе могу деловати криминогено. На физиопатолошком плану долази до поремећаја у функционисању свих чула (нарочито чула вида и чула слуха), психичка секунда (реакционо или латенционо време) значајно се продужава и слаби способност добре координације покрета.

Психопатолошко дејство алкохола знатно је сложеније: „потапајући“ Суперего, тј. лишавајући особу највећег броја регулатора који управљају њеним понашањем у трезном стању (реч је, пре свега о моралним обзирима стеченим током процеса социјализације, самоконтроли и критичности), алкохол код ње појачава доживљај значења властитих вредности, улива претерано самопоуздање и псеудохраброст, дезинхибира агресивност и нагоне (посебно сексуални), услед чега се јавља изражена склоност ка импулсивним и непромишљеним поступцима, разметању телесном снагом и вршењу тзв. алкохоличарског криминалитета у који, поред кривичних дела против живота и тела, спадају и кривична дела против полне слободе, кривична дела против части и угледа, као и кривична дела против безбедности јавног саобраћаја.⁹

Бројна емпиријска истраживања старијег и новијег датума указују да најтежа кривична дела против живота и тела не ретко врше лица чије је акутно пијанство прерасло у патолошко пијанство,¹⁰ и алкохоличари код

⁸ Борислав Капамација, *Убиство – психопатологија и судска психијатрија*, Нови Сад, 1981, 63.

⁹ Ситуациони карактер ових кривичних дела, начин и средства њиховог извршења, указују да је алкохоличарски криминалитет претежно примитиван облик криминалитета. Алкохоличари, с обзиром да њихове групе карактерише отвореност, непостојаност, недостатак чврсте организације на хијерархијским принципима и одсуство јединственог вредносног и нормативног система, нису подобни за организовани криминалитет.

¹⁰ Битна карактеристика патолошког пијанства (*mania ebriosa, mania a potu*) је да након конзумирања релативно малих количина алкохола настаје помућење свести у виду сумрачног стања са застрашујућим илузијама и халуцинацијама, праћено безобзирним и бруталним нападима на особе из окружења, који често резултирају њиховим усмрћењем. Патолошко пијанство обично траје кратко (неколико минута или часова, изузетно неколико дана) и завршава се дубоким вишесатним (тзв. терминалним) сном, после којег, по правилу, наступа амнезија која обухвата цео период помућења свести. Оштећење мозга услед трауме, енцефалитис, епилепсија, претрпљена сунчаница, омарица или смрзнутост и преживљене асфиктичне повреде делују предиспонирајуће на ненормално претеран одговор на мање количине алкохола. Убивства извршена у патолошком пијанству нису реткост, на шта указује и податак из већ споменутог истраживања Б. Капамације да је у 4,62% случајева од

којих се манифестовала алкохолна халуциноза¹¹ или алкохолна љубомора (алкохолна параноја).¹²

Поред физиопатолошког и психопатолошког дејства, алкохол изазива, нарочито код алкохоличара, негативне последице и у друштвеној сфери. Полиморфни поремећаји у брачном и породичном животу, на радном месту,¹³ али и у свим другим социјалним односима у које алкохоличар ступа, учвршћују га у уверењу да је окружење непријатељски расположено према њему, што изазива осећај угрожености и одбачености, „десоцијализацију личности“, тј. повлачење у себе и још јаче везивање за

укупно 130 вештачених убистава и покушаја убиства постављена ова дијагноза и утврђена неурачунљивост *tempore criminis*. Вид. Предраг Каличанин, Владимир Параносић, Наташа Царан, *Психијатрија – приручник за лекаре и сараднике*, Београд, 1990, 320; Philip G. Janicak, Joseph Piszczor, *Поремећаји изазвани алкохолем*, у: *Психијатрија – дијагноза и терапија (Langeov клинички приручник)*, Београд, 1992, 290-291; Чедомир Хајдуковић, *Судска психијатрија*, Београд-Зајечар, 1981, 156-158; Vladimir Hudolin, *Rječnik ovisnosti*, Zagreb, 1987, 22, 121-122; Б. Капамација, *op. cit.*, 77; Јован Букелић, *Социјална психијатрија*, Београд, 2004, 267-268; Maria Gifford, *Biographies of Disease – Alcoholism*, Santa Barbara, 2010.

¹¹ Алкохолна халуциноза јавља се код млађих особа, после релативно кратког алкохоличарског стажа (3-4 године) и траје неколико недеља до неколико месеци. Клиничком сликом у почетку доминирају аудитивне халуцинације елементарног типа (шумови, пуцкетање, звоњава итд.), после којих наступа период јасних аудитивних халуцинација – особа чује гласове који за њу представљају претњу. Временом се код ње развијају интензиван страх и сумануте идеје односа и прогањања, које постају систематизоване: она, наиме „тачно“ зна коме ти гласови припадају, тј. ко су њени „прогонитељи“ и „мучитељи“, па их после неуслешених молби да је оставе на миру, лишава живота у неурачунљивом стању. Вид. П. Каличанин, В. Параносић, Н. Царан, *op. cit.*, 319; Ч. Хајдуковић, *op. cit.*, 147-148, 158-159; V. Hudolin, *op. cit.*, 17-18, 22; J. Букелић, *op. cit.*, 270-271; Thomas Nordegren, *The A – Z Encyclopedia of Alcohol and Drug Abuse*, Parkland, 2002, 320.

¹² Алкохолна љубомора је хронична и прогредијентна алкохолна психоза (заснована на смањеној сексуалној потенцији), која се развија после четврте деценије живота. У њој доминирају сумануте идеје љубоморе, на основу којих особа покушава на различите начине да „докаже“ неверство супруге (ређе девојке или љубавнице): најпре молбама и лукавством, а потом прелази на малтретирање, грубости, батињање и претње смрћу, да би је најзад и убила. Понекад може доћи и до трансфера агресије на лица блиска „неверној“ супрузи. Вид. П. Каличанин, В. Параносић, Н. Царан, *op. cit.*, 320; Ч. Хајдуковић, *op. cit.*, 149; V. Hudolin, *op. cit.*, 22, 99; J. Букелић, *op. cit.*, 271-272; Thomas Nordegren, *op. cit.*, 41; John S. Madden, *A Guide to Alcohol and Drug Dependence*, Bristol, 2013, 118.

¹³ Различити облици радне маладаптације и интерперсонални конфликти који су одраз агресивног супротстављања алкохоличара руководећем особљу и уобичајеним радним обавезама и задацима, озбиљно нарушавају хомогеност и кохезију, а у најтежим случајевима и егзистенцију колектива, услед чега напушта посао или бива отпуштен.

алкохол, агресиван однос и према оном малом броју људи са којима је остао у контакту, па и вршење кривичних дела против живота и тела.

Алкохолизам извршиоца и/или његова алкохолисаност *tempore criminis* несумњиво спадају у ред значајних криминогених фактора, мада је степен повезаности алкохола са кривичним делима против живота и тела тешко сасвим прецизно установити, пошто је његов утицај испреплетан са утицајем многих објективних и субјективних криминогених фактора.¹⁴ Тако нпр. већи или мањи допринос алкохолисаности јављању ових кривичних дела треба ценити првенствено кроз интензитет промена које под дејством алкохола настају у свести извршиоца: највећи значај алкохолисаности испољава се у оним приликама, када се у стицају са њом јављају фактори који са становишта објективне друштвене процене изгледају безначајно да би се могли сматрати правим разлогом извршења кривичног дела против живота и тела (нпр. увреда), али су у свести извршиоца, измењеној под утицајем алкохола сасвим другачије вредновани, а најмањи када акутно пијанство извршиоца само активира нагомилане криминогене факторе, који су сами по себи довољни да доведу до криминалног понашања. Између те две крајности, смештено је толико комбинација алкохолисаности и осталих каузалних фактора у једном кривичном делу против живота и тела, колико има људи који су то дело извршили и у себи имали алкохола.¹⁵

Наркоманија је стање периодичне или хроничне интоксикације, штетно за појединца и друштво, проузроковано поновљеним узимањем природне или синтетичке дроге, које карактерише: а) неодољива жеља или потреба да се настави са узимањем дроге и да се до ње дође било којим средствима, без обзира на последице; б) тенденција да се повећа доза и в) психичка и понекад физичка зависност од ефеката дроге. Повезаност наркоманије и криминалног понашања испољава се на два начина. За наркомане је, пре свега типичан тзв. криминалитет набављања, који у односу на злоупотребу дрога има инструментални карактер: реч је о кривичним делима чијим се извршењем долази до дроге или материјалних средстава неопходних за њену куповину. Потреба за њом диктирана је зависношћу и страхом од тегоба апстиненцијалног синдрома, не дозвољава дужи дисконтинуитет у конзумирању; самим тим што дрогу (чија је цена на илегалном тржишту изузетно висока) увек мора да има уз

¹⁴ С тим у вези, А. Соботинчић је још седамдесетих година XX века указивао да се „локацијски фрапантно поклапају алкохолизам, примитивизам, недовољно школско образовање, неразвијеност и криминалитет.“ Anton Sobotinčić, Neki kriminološki, penološki i socijalno-medicinski aspekti obaveznog liječenja alkoholičara, *Penologija*, br. 1/73, 26.

¹⁵ Б. Капамација, *op. cit.*, 84.

себе (прецизније, у себи), сваки наркоман је попотенцијални извршилац кривичних дела против имовине.

Други облик повезаности злоупотребе дрога и криминалне делатности представљају кривична дела извршена под директним, тј. непосредним утицајем дроге, при чему су карактер и врста кривичног дела приоритетно детерминисани врстом дроге унете у организам: наиме, разне дроге, зависно од својих биохемијских својстава, изазивају различите ефекте на свест и целокупно, па и криминално понашање. Када су у питању кривична дела против живота и тела, несумњив криминогени значај може се приписати хероину, марихуани, хашишу, кокаину, амфетаминима и LSD-у. Реч је о дрогама из групе опиоида, канабиоида, стимулативних и халуциногених дрога, чија злоупотреба, генерално узев, доводи до субјективног осећаја повишене телесне снаге и неограничених интелектуалних способности, повећава раздражљивост, агресивност и активност, и ствара визије и оптичке, аудитивне и тактилне халуцинације, чиме непосредно делује на вршење ових кривичних дела.

Обим и тенденција пораста наркоманије, као и чињеница да наркомани врше најтежа кривична дела, понекад и вишеструка убиства, испољавајући при том окрутност и суровост,¹⁶ недвосмислено указују на потребу знатно озбиљнијег приступа у сагледавању повезаности злоупотребе дрога и кривичних дела против живота и тела, него што је то до сада био случај.

3. МЕНТАЛНА РЕТАРДАЦИЈА

С обзиром да је интелектуална развијеност *conditio sine qua non* разумевања етичких и законских норми и тачне социјалне перцепције, а самим тим и прилагођеног понашања, потпуно је разумљиво зашто ментална ретардација (ментална заосталост или олигофренија), тј. функционисање на нижем интелектуалном нивоу од просечне популације, које настаје у време развојног периода, а повезано је са поремећајем у

¹⁶ Илустративан пример изузетне суровости наркомана представља седам убистава које су недавно преминули Чарлс Менсон и чланови његове „породице“ под дејством LSD-а извршили током августа 1969. године на ширем подручју Лос Анђелеса: све жртве (међу њима и трудница Шерон Тејт) најпре су мучене, а потом убијане, најчешће многобројним ударцима ножем. На њиховим телима затим су урезиване поруке или су пробадана виљушком (!), а у једном случају, леш је био исечен на комадиће и делимично спаљен. Такође, и кокаиномани, под утицајем халуцинација и суманутих идеја односа и прогањања, немилосрдно убијају умишљене прогонитеље, често настављајући да задају ударце и након усмрћења жртве. Вид. Kolin Vilson, *Psihologija ubistva*, Niš, 1990, 190-198; Bruno Bisio, *Psiha i droga*, Zagreb, 1977, 127-142; Душан М. Јевтић, *Судска психопатологија*, Београд-Загреб, 1966, 293.

адаптивном понашању,¹⁷ већ дуго заокупља пажњу криминолога.¹⁸ Поремећај понашања као негативан ефекат менталне ретардације, широког је распона и обухвата све појавне облике социјалне патологије, укључујући и кривична дела против живота и тела. Интензитет и врста криминалне активности у значајној мери зависе од степена изражености интелектуалног дефицита, односно да ли се ради о идиотима, имбецилима или, пак дебилима.¹⁹ Прве две категорије лица су првенствено социјални

¹⁷ Интелектуална субнормалност, настанак у развојном периоду и поремећај у адаптивном понашању су, према дефиницији Америчког удружења за менталну ретардираност (*AAMD*) основни критеријуми за дијагностиковање менталне ретардације. Друге дефиниције, овим критеријумима често додају још два: органску основу и неизлечивост стања. Најваљиднијом се сматра модификована класификација Р. Хебера, по којој ментална ретардација настаје као последица: а) инфекција и интоксикација; б) траума и физичких агенаса; в) поремећаја метаболизма, раста и нутриције; г) великих можданих болести; д) болести и стања проузрокованих пренаталним факторима; њ) хромозомских аберација; е) незрелости плода; ж) великих психијатријских поремећаја; з) психосоцијалних (срединских) депривација или и) других непознатих узрока. Од менталних ретардација треба разликовати деменцију, тј. прогресивну и дубоку детериорацију свих интелектуалних процеса, која настаје као директна последица можданог оштећења различите етиологије. У складу с тим је и став Ж. Е. Ескирола изнет још у XIX веку, да је дементна особа богаташ који је осиромашео (тј. код кога је поремећај настао након предходно нормалног интелектуалног развоја), док ментално ретардирана особа одувек живи у сиромаштву. Вид. Слободан Јакулић, *Рехабилитација ментално ретардираних лица*, Београд, 1986, 7-13, 16-18; Валерија Хауптфелд, *Неуропсихологија – клинички приступ*, у: *Клиничка психологија – индивидуална и социјална* (редактори – Јосип Бергер, Миклош Биро, Сулејман Хрњица), Београд, 1990, 286; Невенка Тадић, *Психијатрија детињства и младости*, Београд, 1989, 407-409; Ј. Букелић, *op. cit.*, 77, 79-81.

¹⁸ Вид. Henry Goddard, *Slaboumnost kao uzrok zločina*, у: Ђорђе Ignjatović, *Teorije u kriminologiji*, Beograd, 2009, 201-207.

¹⁹ Интелектуални развој идиота одговара узрасту детета од две године (IQ 0-20), имбецила – детета од седам (IQ 20-50), а дебила – детета од 10 година (IQ 50-70). Идиоти и имбецили су неурачунљиви; за разлику од њих, дебили (који чине око 85,00% ментално ретардиране популације) могу бити урачунљиви, битно смањено урачунљиви, а у појединим случајевима и неурачунљиви. Сем овог, постоје и други системи класификације ментално ретардираних особа, који користе описне категорије (нпр. блага, умерена и тешка ментална ретардација). По свом значају издвајају се класификације Америчког удружења психолога (*APA*), Америчког удружења за менталну ретардираност и Светске здравствене организације (*WHO*). Иако се приоритетно базирају на резултатима добијеним на валидним тестовима интелигенције, те класификације уважавају и социјалну адаптираност као важан критеријум за процену менталне ретардације. Вид. Михаило Лукић, Самуило Пејаковић, Јован Марић, *Правна медицина – судска медицина и психопатологија*, Београд, 1990, 343; Н. Тадић, *op. cit.*, 399-401; С. Јакулић, *op. cit.*, 14-15; Миклош

проблем и изузетно ретко манифестују криминално понашање: наине, пошто се та стања дијагностикују веома рано (одмах по рођењу или у првим годинама живота), ова лица се, по правилу, смештају у специјализоване институције у којима се чувају (идиоти) или оспособљавају за непосредну бригу о себи (имбецили). Уколико изврше кривично дело, разлоге таквог поступка треба најпре потражити у социјално провокативним факторима.²⁰

За разлику од идиота и имбецила, дебили манифестују интензивнију криминалну алтивност и значајније партиципирају у криминалној популацији. Недовољна аналитичност и способност синтетизовања опаженог и доживљеног, отежано увиђање односа и веза (нарочито између сопствених поступака и кривичних дела која настају као њихова последица), некритичност, сугестибилност (због чега постају оруђе у рукама искусних криминалаца), нетолерантност на алкохол, нагонско-емоционални поремећаји, резистентност на утицаје агенаса социјализације, перманентна фрустрираност (како услед тешкоћа у комуникацији са већинском популацијом просечне интелигенције, тако и због ограниченог броја решења којима располажу када су у питању сложеније животне ситуације) и повишена агресивност, чине еретичне дебиле диспонираним за вршење кривичних дела против живота и тела, али не доводе неминовно до њих. Наине, реализацијом рехабилитационих програма чији би циљ био учвршћивање интегритета породица ментално ретардираних лица, обезбеђивање максимално погодних услова за развој индивидуалних потенцијала (ради компензовања интелектуалног хендикепа) и пружање могућности за самоизражавање, социјално корисну делатност и постизање личне сатисфакције, остварило би се њихово адекватно инкорпорирање у друштвену заједницу, а тиме и несумњиви превентивни ефекти.²¹ Међутим, у највећем броју случајева овакав однос према ментално ретардираним представља још увек недосегнут идеал: уместо тога, они се често суочавају са одбацивањем и нетолерантним ставом породице, вршњака, школе и шире средине, због чега се изолују од друштва, или прихватају негативно мишљење околине о себи и развијају агресивно понашање као адаптивни механизам.²² У овом другом случају, извршено кривично дело против живота и тела није само последица

Биро, *Клиничка психологија*, Београд-Загреб, 1990, 79-80; Ксенија Кондић-Белош, Психодијагностика развојног доба, у: *Клиничка психологија – индивидуална и социјална* (редактори – Ј. Бергер, М. Биро, С. Хрњица), 256; Ј. Букелић, *op. cit.*, 77-79.

²⁰ Ч. Хајдуковић, *op. cit.*, 109.

²¹ С. Јакулић, *op. cit.*, 170.

²² *Ibid.*

менталне ретардације, већ исто тако и симптом неприхваћености од стране заједнице у којој је то лице одрасло и у којој живи.

4. ПСИХОПАТИЈЕ

Одавно је уочено да у свим друштвима постоји одређен број лица која својим персистентним обрасцем маладаптивног понашања значајно одступају од тзв. нормалних личности, али која, с друге стране, према критеријумима времена и средине у којој живе, нису сврстана у категорију ментално поремећених особа. Ова углавном трајна и променама неподложна стања која се налазе у граничном подручју између менталног здравља и поремећаја, у психијатрији се најчешће дијагностикују као психопатије.²³ Наглашен егоизам и егоцентричност, немогућност успостављања постојаних и истински емоционалних међуљудских односа, ниска фрустрациона толеранција, неспособност одлагања тренутног задовољења потреба без обзира на очигледно штетне последице, склоност ка импулсивном и компулсивном понашању (*acting out*), агресивност, одбацивање општеприхваћених норми понашања,

²³ Дијагностиковање психопатије не почива увек на прецизно дефинисаним критеријумима и симптомима, на шта указује и Н. В. Екермен: „Кад се не може доказати оправданост неке друге дијагнозе, психопатска личност постаје дијагноза до које се долази искључивањем других могућности, постаје категорија у коју се као у кош бацају отпаци.“ С обзиром да је, како с правом истиче Д. Радуловић, остала најконтраверзнија психијатријска категорија, уместо егзактно верификованих података о правим размерама њене учесталости, искључиво се срећемо са проценама које се међу собом значајно разликују. Најреалнијом нам се чини процена да сваки десети становник испољава психопатске симптоме. Такође, и размимоилажења између најпознатијих класификација психопатских личности (чији су творци К. Шнајдер, Л. Бинсвангер, Д. Хендерсон и Р. Д. Гилеспи, Д. Абрахамзен итд.), најчешће нису само формалне, већ суштинске природе. Нешто виши степен сагласности постоји када је реч о узроцима психопатије; наиме, доминира став да је она последица садејства двеју група фактора: а) биолошких (наследно или заживотно оштећење нервног система) и б) неповољних друштвених услова развоја (нпр. формирање личности детета ван породичне групе, у непотпуној или потпуној породици са изразито поремећеним интерперсоналним односима, неприхватање, одбацивање, занемаривање, грубо кажњавање, недоследно и непредвидиво понашање родитеља или лица која их супституишу итд.). Вид. Натан В. Екермен, *Психодинамика породичног живота – дијагноза и лечење породичних односа*, Титоград, 1987, 289; Данка Радуловић, Бихејвиоралне и неурофизиолошке карактеристике психопатских преступника, *ЈПКК*, бр. 2/98, 126; Д. М. Јевтић, *op. cit.*, 194; Б. Капамација, *op. cit.*, 92; П. Каличанин, В. Параносић, Н. Царан, *op. cit.*, 369-371; Alan Carr, *Clinical Psychology – An Introduction*, London, 2012; David C. Richard, Steven K. Huprich, *Clinical Psychology – Assessment, Treatment and Research*, Burlington, 2009.

недовољно развијена одговорност, изостанак осећања кривице и кајања, као и дуг историјат социјалне неприлагођености психопата (тј. упорно понављање неприхватљивих поступака упркос више пута доживљеном негативном искуству и казнама) одраз су њихове: а) целокупне психичке структуре личности, а нарочито аберација воље, нагона и емоција (углавном афективитета)²⁴ и б) преовлађујуће вредносне оријентације. Неспреман да се успешно интегрише у свет реалних односа, и поред права која му припадају преузме и обавезе које намеће социјална пракса, психопата се фиксира за превазиђене (прецизније речено, за дечији узраст карактеристичне), па самим тим и мањкаве односе са својом средином. С обзиром да му емоционални развој није био усмераван у правцу откривања значаја узајамности, он не остварује интересубјективни однос, него искључиво свој субјективни однос према другима;²⁵ људе не доживљава као људска бића (која имају своје потребе, интересе, циљеве итд.), већ само као објекте који морају одмах, дакле без икаквог одлагања да му задовоље актуелну потребу. Психоаналитичким речником, доминација принципа задовољства над принципом реалности (услед неразвијености Ега и Суперега) држи психопату уроњеног у инфантилне облике друштвености: захтевајући од других много (не пружајући им за узврат ништа) и чинећи оно што хоће (наносећи на тај начин штету свом социјалном окружењу, али често и себи самом), он своју тескобу претвара у општу тескобу.

Психопатски структуриране личности, а пре свих експлозивне (епилептоидне) и асоцијалне (антисоцијалне) психопате значајно партиципирају у криминалној популацији, не ретко повређујући или

²⁴ Тешки афективни поремећаји су, према Е. Валу и М. Ф. Гавирији, присутни код више од 50,00% психопатских (граничних) личности. Емоционална незрелост и преосетљивост психопата (упркос томе што им је интелигенција, по правилу, нормално развијена) веома лако доводе до повишења афекта и његовог неконтролисаног пражњења, тј. до „реакције кратког споја“. Извесни „слаби мотиви“ који код других људи не би довели до конфликта, за психопате су „јаки мотиви“ који резултирају убиством на мах и тешком телесном повредом учињеном на мах. Дакле, несразмера између интензитета пражњења афекта и малих вредности надражаја и осујећења, представља битно својство психопатски структурираних личности. Вид. Eduardo Val, Moises F. Gaviria, Granični slučajevi i ostali poremećaji ličnosti, u: *Psihijatrija – dijagnoza i terapija (Langeov klinički priručnik)*, 187; Анета Лакић, Неке психичке карактеристике извршилаца кривичног дела убиства, *ЈПКК*, бр. 3/77, 139; Живојин Алексић, Зоран Миловановић, *Лексикон криминалистике*, Београд, 1985, 23.

²⁵ Светомир Бојанин, Ковиљка Радуловић, *Социјална психијатрија развојног доба*, Београд, 1988, 107.

угрожавајући туђи живот, односно тело,²⁶ и, по правилу, представљају њен најпроблематичнији део.²⁷ Веза између психопатија и криминалног понашања несумњиво постоји, али није непосредног карактера: наиме, психопатске црте личности не доводе аутоматски до вршења кривичних дела против живота и тела, већ делују посредно преко социјалног садржаја свести психопате, испољавајући се као услов, а не узрок ових кривичних дела. Другим речима, психички склоп личности чини психопату осетљивијим и подложнијим вирулетном утицају криминогених фактора.

5. НЕУРОЗЕ

Неурозе (психонеурозе) су поремећаји који смањују способност сарадње са људима и способност прилагођавања и сналажења уопште, или у појединим животним ситуацијама. Неуротични конфликт, анксиозност („слободно лебдећи страх“) и неадекватни механизми одбране од њих,

²⁶ А. Лакић и Б. Капамација указују да психопате чине 21,55%, односно 20,70% хомицидалне популације; слично њима, Ш. С. Вуковић наводи да је психопатија дијагностикована код 19,00% осуђеника за тешке крвне деликте из КПЗ Пожаревац. Међутим, према наводима З. Шепаровића, заступљеност психопата у затворској и другој криминалној популацији у свету креће се у готово невероватном распону од 10,00% до 80,00-100,00%. Ова шароликост података не доводи у сумњу значајну улогу коју психопатија има у етиологији кривичних дела против живота и тела, већ само потврђује констатацију да се психијатри приликом постављања наведене дијагнозе често руководе различитим критеријумима. Вид. А. Лакић, *op. cit.*, 138; Б. Капамација, *op. cit.*, 101; Ш. С. Вуковић, *op. cit.*, 148; Zvonimir Šeparović, *Kriminologija i socijalna patologija*, Zagreb, 1981, 268.

²⁷ Психопате се веома тешко прилагођавају условима живота у пенитенцијарној установи: они се готово све време боравка у њој, налазе у латентном или отвореном конфликту са особљем, манипулишу другим осуђеницима и ометају процес њихове ресоцијализације, склони су самоповређивању и демонстративним покушајима самоубиства резањем, гутањем разних предмета, тровањем, вешањем, па чак и самоспаљивањем. Настојања да се овакво понашање инхибира дисциплинским кажњавањем, по правилу, не дају задовољавајуће резултате. У складу с тим, очигледно је да само посебно конципиран и личности сваког психопате прилагођен третман (уз адекватну примену фармакотерапије), који ће бити реализован тимским радом стручњака различитих профила (поред васпитача, неопходно је ангажовати и психолога, психијатра, андрагога, дефектолога и социјалног радника), може кориговати његово понашање и значајно допринети смањењу изузетно високе стопе рецидивизма. Вид. Б. Капамација, *op. cit.*, 93, 97-101; Мирослав Горета, Основне терапијске технике и модели у лијечењу психички абнормалних делинквената, *Лијечење психички абнормалних делинквената* (Зборник радова), Соколац, 1991, 36, 39-40; Д. Радловић, *op. cit.*, 144.

представљају динамички тријас неуротичног поремећаја личности,²⁸ који се (без било какве патолошке органске основе) манифестује бројним и разноврсним психичким и телесним симптомима, тј. субјективним тежбама: осећајем нелагодности и несигурности, поремећајем сна и сексуалности, расејаношћу, главобољама, исцрпљеношћу (константним умором).²⁹

У криминолошкој и психијатријској литератури искристалисала су се два различита схватања о односу неуроza и криминалног понашања. Већина аутора је мишљења да понашање неуротичара, мада у неким случајевима упадљиво (пример присилне радње код опсесивно-компулсивне неурозе), по правилу, остаје у границама социјално прихватљивог. Тако нпр. И. Настовић указује да појединци, не прихватајући негативни део своје личности, подлежу гласу савести и постају неуротичари или психотичари, тј. бране се болешћу од својих

²⁸ Неуротични развој карактерише неуспешно решавање конфликта (најчешће се ради о сукобу нагонских жеља и потребе да се поштују друштвени прописи и забране). Наиме, нерешени конфликт који је потиснут и задржан у несвесном, покушавајући да продре у свест изазива анксиозност (према К. Хорнај, реч је о једном од најмучнијих осећања, које поред своје очигледне ирационалности, ипак садржи и безусловно упозорење човеку да је у њему нешто поремећено), чему се личност супротставља одбрамбеним механизмима. Уколико су они неефикасни, тј. неадекватни, формираће се неуротични симптоми, који представљају компромисно решење конфликта. Вид. Санда Рашковић, *О агресиви*, Београд, 1996, 54; Душан Кеџмановић, Психопатологија одраслих, у: *Клиничка психологија – индивидуална и социјална* (уредници – Ј. Бергер, М. Биро, С. Хрњица), 187; П. Каличанин, В. Параносић, Н. Царан, *op. cit.*, 357; Карен Хорнај, *Неуротична личност нашег доба*, Београд, 1991, 34.

²⁹ Према симптомима који доминирају клиничком сликом, неурозе се деле на: а) анксиозну; б) конверзивну (хистеричну); в) фобичну; г) опсесивно-компулсивну (присилну); д) депресивну; њ) хипохондријску и е) неурастенију. С обзиром на већ изнет став да су социокултурни фактори (тј. развијеност и структура једне друштвене средине) доминантно-етиогени код неуротичних поремећаја (интрапсихички конфликт који представља динамичко језгро неурозе, условљен је неуравнотеженошћу основних друштвених група – породице, класе, слоја – пренесеном у ментални склоп личности), сасвим је разумљиво да ће у различитим друштвима преовлађивати различите неурозе: у развијенијој средини – комплекснији (интелектуализиранији) облици неуроza, а у мање развијенијој – примитивнији. У сваком случају, неуроzu и њен криминогени утицај можемо правилно разумети само у склопу познавања друштвене средине у којој се неуротична личност развијала и социјализовала. Вид. Д. Кеџмановић, *op. cit.*, 187-188; Иван Настовић, *Неуротски синдром*, Београд-Зајечар, 1981, 43-55; Владимир Јаковљевић, *Прилози за социјалну патологију*, Београд, 1984, 91, 96, 171; Карен Хорнај, *Наши унутрашњи конфликти*, Титоград, 1976, 22.

Каиновских тежњи.³⁰ Такође, и М. Милутиновић указује да се са извесношћу може рећи да неурозе нису видљивије заступљене у изазивању криминалног понашања.³¹

Има, међутим и супротних мишљења. Тако, поред Фројдовога злочинца из осећања кривице,³² који представља екстремни пример неуротичног поступања, Ф. Александер и Х. Штауб у неуротично условљене криминалне реакције убрајају и принудне или симптоматичне деликте (клептоманију, пироманију, патолошку лажљивост);³³ Д. Абрахамзен говори о компулсивном и неуротичном преступнику,³⁴ а Д. Сабо о злочину путем трансфера неуротичних веза.³⁵

Криминологи посвећују посебну пажњу сагледавању утицаја неуроza на јављање кривичних дела против живота и тела: прецизније, степен неуротичности и врста неуроze су обележја која се редовно утврђују када су у питању учиниоци ових кривичних дела. Резултати готово свих емпиријских истраживања указују да неуротичари веома ретко повређују или угрожавају туђи живот, односно телесни интегритет.³⁶ Тиме се, по нашем мишљењу, потврђује став В. Клајна:

³⁰ Иван Настовић, Каинов комплекс и његов значај у формирању неуроza, *Анали Завода за ментално здравље*, бр. 1/72, 95.

³¹ Милан Милутиновић, *Криминологија*, Београд, 1985, 432.

³² Пошто се у мотивацији криминалног понашања неуротичара, по правилу, налазе несвесно осећање кривице и несвесна потреба за казном, инсистирање на репресивном решавању њиховог криминалитета неће дати задовољавајуће резултате; напротив, такви поступци могу додатно фиксирати и продубити њихову патологију и на тај начин подстаћи поновно вршење кривичних дела. И. Настовић наводи пример К. С. старог 49 година, који је због крађа и фалсификата провео 25 година у пенитенцијарним установама. Дубинско-психолошка анализа којој је напослетку подвргнут 1971. године, указала је да је на крају II светског рата, због неспоразума око лозинке убио пет својих другова из партизанске јединице. Како за ово дело, иначе у супротности са његовим моралним начелима, тј. Суперегом, није осуђен, код њега се јавило интензивно осећање кривице које потискује у несвесни део личности, што доводи до формирања неодољиве потребе за казном, а она му се и изриче (12 пута!) због упорног вршења кривичних дела и, што је посебно значајно – самопријављивања. Тиме он задовољава своју потребу да буде кажњен и уједно редуцира тешко подношљиво осећање кривице. Вид. М. Горета, *op. cit.*, 39; И. Настовић, *op. cit.*, 220-222.

³³ Franz Aleksander, Hugo Staub, Der Verbrecher und seine Richter, in: *Psychoanalyse und Justiz* (Hrsg. – T. Moser), Frankfurt, 1971, 310.

³⁴ David Abrahamsen, *Crime and Human Mind*, New York, 1945, 104.

³⁵ Denis Szabo, *Criminologie*, Montréal, 1965, 361-362.

³⁶ Према Л. Крон, заступљеност неуротичара у хомицидалној популацији износи 6,37%, док Ш. С. Вуковић наводи да је ова дијагноза постављена код свега 3,00% лица осуђених за тешке крвне деликте. С обзиром да процене које се сматрају најобјективнијим, указују да неуротичари чине око 20,00% становништва, очигледно

„Управо међу извршиоцима најтежих кривичних дела требало би да се очекује најмањи проценат неуротичних структура, јер се неуротичар управо одликује инхибираношћу, страхом и неодлучношћу, а у најбољем случају квази активношћу, а акција – посебно она која је карактеристична за теже деликте – пре свега је карактеристика понашања људи који делују на мах, на непосредно остваривање замисли кроз акт, или – чак и пре замисли – по типу реакције кратког споја, а то је одлика настраних тзв. психопатских личности.“³⁷

6. ПСИХОЗЕ

Психозе су првобитне или накнадно настале дисоцијације склопова и функција личности: осећајних, сазнајних (мишљења, говора, пажње, интелигенције), односних (са објектима и стварношћу), опажајних, вољних, покрета и свести.³⁸ Реч је о најтежим менталним поремећајима који за собом повлаче социјалну неприлагођеност личности и у највећем броју случајева – неопходност њене хоспитализације. Психозе обухватају врло хетерогену групу дијагностичких категорија, али се у везу са кривичним делима против живота и тела најчешће доводе: а) већ разматране алкохолне психозе из групе органских психоза (проузроковане органским променама централног нервног система) и б) шизофренија, манично-депресивна психоза и параноја из групе функционалних психоза (за које нема доказа да постоји неки органски корелат поремећаја).

Шизофренија је најсложенија и најраспрострањенија психоза,³⁹ коју карактеришу поремећаји: а) емоционално-афективног живота

је да они не врше често кривична дела којим се повређује или угрожава туђи живот, односно телесни интегритет. Вид. Лепосава Крон, *Кајинов грех – психолошка типологија убица*, Београд, 1993, 74; Ш. С. Вуковић, *op. cit.*, 149.

³⁷ Владислав Клајн, Социјално патолошки аспекти менталних поремећаја, *ЈПКК*, бр. 1/70, 56.

³⁸ Н. Тадић, *op. cit.*, 319.

³⁹ Шизофренија се развија путем сложене интеракције наследне предиспозиције ка овом поремећају и низа неповољних фактора биолошке, психолошке и социјалне природе. Дакле, у питању је мултифакторска етиологија, при чему се наглашава утицај: а) генетске предиспозиције (према Р. А. Ченону, уколико не постоји рођак са овом психозом, ризик јављања шизофреније у општој популацији износи 1,00%; 4,00% када су поремећајем захваћени родитељ, брат или сестра, односно дете; 10,00-14,00% ако се поремећај испољио код двојајчаног близанца и, чак 40,00-50,00% уколико је шизофренија дијагностикована код једнојајчаног близанца); б) биоконституционалне условљености (Е. Кречмер је установио да међу шизофреним лицима доминира астенички или лептосомни конституционални тип); в) биохемијских поремећаја; г) породичне средине (већина шизофрених потиче из породица чију атмосферу карактеришу емоционална дистанца, узајамно неповерење,

(преосетљивост и раздражљивост или афективна крутост, амбиваленција, тј. истовремено присуство противуречних осећања – нпр. љубави и мржње према истој особи, афективне инверзије – паратимија и парамимија); б) нагона (привремено или трајно слабљење основних животних динамизама, а нарочито пад иницијативе, неспремност за било какву акцију, недостатак спонтаности и непосредности); в) психомоторике (ступор, кататонија, каталепсија, стереотипно, маниристичко и схематизовано понашање); г) мишљења (блок мисаоног тока, мисаона дисоцираност, расуло мисли, „салата од речи“, сумануте идеје односа и прогањања, интерпретативне и хипохондријске сумануте идеје); д) опажања (императивне аудитивне, тактилне и ценестетичке халуцинације) и љ) свести (деперсонализација, трансформација, дереализација и аутизам). Наведени патолошки процеси компликују односе ових лица са социјалним окружењем и резултирају најразличитијим конфликтним ситуацијама. Подаци форензичне психијатрије и криминалне феноменологије указују да се ниво заступљености особа са израженим „расцепом личности“ међу извршиоцима кривичних дела против живота и тела никако не може оценити занемарљивим.⁴⁰ Ипак, много значајнијим нам се чини сазнање

уцене, двосмисленост, одсуство заједничких интереса, коришћење деце као инструмента борбе против брачног партнера, као и постојање двоструко везаног односа – *double-bind*); љ) социо-економских и културних фактора (у САД стопа учесталости схизофреније највиша је у нижим социо-економским групама које живе у средишним градским подручјима) и њ) личности (преморбидне личности се, по правилу, описују као повучене, стидљиве, ексцентричне, сумњичаве или упадљиво поводљиве). Од десетак форми схизофрене психозе, по свом форензичном значају издвајају се параноидна и кататона схизофренија. Иначе, В. Клајн заступљеност схизофрених лица у целокупној популацији процењује на 0,30-0,60%, Д. М. Јевтић на 0,85%, док према Б. Милосављевићу, она износи 1,00-2,00%. Вид. П. Каличанин, В. Параносић, Н. Царан, *op. cit.*, 331-334; Robert A. Channon, Shizofrenija, u: *Psihijatrija – dijagnoza i terapija (Langeov klinički priručnik)*, 98-99; Д. Кеџмановић, *op. cit.*, 175; В. Клајн, *op. cit.*, 53; Д. М. Јевтић, *op. cit.*, 14; Бранко Милосављевић, *Социјална патологија*, Сарајево, 1986, 220; Ј. Букелић, *op. cit.*, 183-190.

⁴⁰ Најсмелију тврдњу свакако износи Н. С. Шипковенски: „У данашње време, у већини земаља, шизофрени прекршиоци закона, а посебно убице, достижу бар 50% од њиховог укупног броја.“ У већ споменутих истраживањима А. Лакић и Б. Капамације, ниво учешћа схизофрених у хомицидалној популацији износи 9,77%, односно 3,08%. С обзиром на већ изнете податке да лица са овом дијагнозом чине 0,30-2,00% целокупног становништва, очигледно је да је њихова процентуална заступљеност међу извршиоцима кривичних дела против живота и тела (а нарочито убистава) знатно виша. Вид. Nikola S. Schipkowensky, Стереотипи делинквената и њихова стигматизација (Клиничке тенденције), *ЈРКК*, бр. 3/73, 408; А. Лакић, *op. cit.*, 138; Б. Капамација, *op. cit.*, 115.

да је реч о лицима која, по правилу, на изузетно бруталан и свиреп начин врше најтежа кривична дела, понекад и вишеструка убиства, обрачунавајући се са тачно одређеном жртвом/одређеним жртвама: члановима породичног домаћинства (родитељима, браћом, сестрама, супружником, децом), суседима и пријатељима.⁴¹ Ову криминалну активност схизофрена лица углавном врше у акутној, и то почетној фази поремећаја – иницијални деликт⁴² (због чега превентивне мере изостају), али је могу испољити и у каснијем току психотичног поремећаја, па чак и у стању ремисије схизофреније.⁴³

Дијагностиковање ове психозе, међутим не значи маркираност и обавезно присуство друштвене опасности у смислу криминално-хомицидалног понашања: наиме, хомицидијум схизофрених је друштвена појава условљена факторима и утицајима социјалне средине и индивидуалним особинама личности, њеном био-психолошком структуром и психопатолошким садржајима.⁴⁴ Закључак је недвосмислен: приликом истраживања тзв. патолошког криминалитета одговарајућу пажњу требало би посветити и непсихопатолошким факторима, тј. сагледавању улоге и значаја структуре личности и психосоцијалних –

⁴¹ Жртве схизофрених убица су лица која се због сродничких веза, (ван)брачног односа, суседских односа и блиског пријатељства старају о њима, што најчешће подразумева наметање различитих ограничења, присиљавање на ред и послушност, упућивање (упркос противљењу) на лечење итд. Ти интензивни и учестали примарни групни контакти рађају конфликтне ситуације, доводе до кумулације негативних емоција на страни схизофреног и коначно – до убиства, тј. испољавања насиља у његовом најдеструктивнијем виду. Дакле, очигледно је да жртва није пасиван „објект“; напротив, она има значајно место и улогу у динамици ових убистава, а често даје и одлучујући подстицај за чин. У прилог наведеног става говори и емпиријски утврђена чињеница да особе код којих је дијагностикована ова психоза, само изузетно лишавају живота непозната лица са којим нису ни у каквом социјалном односу. Вид. Божидар Крстић, Социјалне и психопатолошке карактеристике схизофрених убица, *ЈПКК*, бр. 2/74, 285-286; Karla Pospíšil-Završki, Odras kriminalnog i antisocijalnog ponašanja shizofrenih na kvalitetu života njihovih porodica, *Socijalna psihijatrija*, br. 4/87, 334-335.

⁴² Душан Кецмановић, *Ни нормално ни патолошко*, Сарајево, 1988, 137; Б. Крстић, *op. cit.*, 294.

⁴³ С обзиром да се урачунљивост учиниоца утврђује у односу на његово психичко стање у време извршења конкретног кривичног дела, кривично дело против живота и тела извршено у психотичном стању одређује вештака у правцу неурачунљивости. Међутим, ситуација је знатно компликованија уколико је дело извршено у стању ремисије схизофреније: тада је неопходно ценити везу кривичног дела и схизофрене психозе, начин његовог извршења и резидуалну (ублажену) схизофрену симптоматологију. Вид. М. Лукић, С. Пејаковић, Ј. Марић, *op. cit.*, 331.

⁴⁴ Б. Крстић, *op. cit.*, 296.

егзогених провокативних фактора (нпр. вређање, напад или малтретирање од стране жртве).

Манично-депресивна психоза је психотични поремећај чије је основно обележје периодичност појаве стања патолошки измењеног афекта.⁴⁵ Лица код којих је установљена ова дијагноза, по правилу, осцилирају између две фазе: а) маничне, чија клиничка слика укључује повишено (експанзивно или екстремно раздражљиво) расположење, психомоторну хиперактивност уз некритичну у односу на сопствене (често несврсисходне) поступке, смањену потребу за сном, површност и хипервигилност пажње, поремећај мишљења по форми (бујица идеја или бекство мисли и претерана говорљивост – логоричност) и садржини (експанзивне, тј. сумануте идеје величине, високог порекла и богатства) и б) депресивне, коју карактеришу песимизам, безразложна потиштеност, безнадежност, жалост, склоност плачу, хипоактивност, хипертенацитет пажње (преокупираност собом и својом пажњом), и у складу с тим, повлачење из већ постојећих и неспособност успостављања нових интерперсоналних односа, успореност мисаоног тока праћена депресивним суманутим идејама (кривице и самооптуживања, телесног пропадања, економског осиромашења, безвредности живота итд.).⁴⁶

Управо у депресивној фази психотичног поремећаја, ова лица често лишавају живота чланове своје породице и друге блиске особе, уверена да их на тај начин спасавају од предстојеће глади, патњи, страдања, пропасти света и сл.⁴⁷ Након овог „алтруистичког“ или „милосрдног“ убиства извршеног под упливом суманутих идеја, они најчешће врше самоубиство.

Параноја је функционална психоза у којој се нарочито истичу детаљно разрађене, чврсто фиксирани и логички повезане сумануте идеје

⁴⁵ Д. Кецмановић, Психопатологија одраслих, *op. cit.*, 179.

⁴⁶ Поред ове биполарне манично-депресивне психозе (где између маничне и депресивне фазе може, али и не мора бити слободног интервала), постоји и униполарна, код које се јављају само депресивне епизоде. И ова психоза, слично схизофренији, настаје као резултат садејства наследне предиспозиције са неповољним биолошким, психолошким и социјалним факторима. Према процени Д. М. Јевтића, заступљеност лица са манично-депресивном психозом у целокупном становништву износи 0,44%. Вид. П. Каличанин, В. Параносић, Н. Царан, *op. cit.*, 338-342; Д. Кецмановић, *op. cit.*, 179-180; Д. М. Јевтић, *op. cit.*, 14.

⁴⁷ У јасно израженој маничној и депресивној фази поремећаја постоји неурачунљивост ових лица. Међутим, тешкоће се јављају уколико је кривично дело извршено у слободном интервалу између две фазе: тада је неопходно утврдити дужину трајања и квалитет интервала (да ли су се ублажени симптоми испољили или не), начин извршења дела и повезаност или атипичност у односу на симптоматологију. Вид. М. Лукић, С. Пејаковић, Ј. Марић, *op. cit.*, 334-335.

(прогањања, љубоморе, еротоманије, проналазаштва, хипохондријске, пророчке и месијанске сумануте идеје) које доминирају способностима, емоционално-афективним животом и делатношћу особе.⁴⁸ Суманути свет параноика је веома систематизован, али је полазна основа на којој се изграђује – погрешна (нпр. непоколебљиво, тј. корекцији неподложно, иначе нетачно уверење да га неко прогања или да га супруга вара). С обзиром да је понашање лица са овом дијагнозом саображено (усклађено са) њиховим суманутим идејама, оно не само да је потенцијално опасно, већ се често испољава у форми кривичних дела против живота и тела – углавном убиства и тешке телесне повреде.⁴⁹ Тако се параноик са суманутим идејама прогањања претвара у „прогонитеља прогонилаца“ и у „самоодбрани“ убија особе за које „поуздано зна“ да га прате, покушавају да му нашкоде или му раде о глави; код суманутих идеја љубоморе, у највећем броју случајева жртва је „неверна“ супруга, понекад и њен „љубавник“, а код еротоманије – личност из света познатих која, мада „смртно“ заљубљена у параноика, није прихватила његову љубавну понуду, или неко (нпр. муж, љубавник, менаџер) ко је „спречава“ да то учини.

Чињеница да међу извршиоцима кривичних дела против живота и тела партиципирају психотичари (пре свих, они код којих је дијагностикована схизофренија), као и податак да углавном врше најтежа кривична дела – понекад и вишеструка убиства, указује на неопходност сагледавања везе између психоза и ових кривичних дела, при чему се, међутим не сме занемарити улога и значај и непсихопатолошких фактора криминалног понашања.

ДИСКУСИЈА И ЗАКЉУЧЦИ

Целовито и суштинско сагледавање кривичних дела против живота и тела као индивидуалне појаве, поред минуциозне анализе личности извршилаца, мора да инкорпорира и сазнања о њиховом телесном и

⁴⁸ Ова дефиниција Д. М. Јевтића изражава суштину параноје чијем настајању и манифестовању, поред ендогених фактора, могу погодовати и посебни услови живота (нпр. дужи боравак у средини чији се језик не разуме), наглувост, слабовидост и други недостаци који отежавају комуникацију појединца са људима из окружења. Вид. Д. М. Јевтић, *op. cit.*, 357; П. Каличанин, В. Параносић, Н. Царан, *op. cit.*, 348; Д. Кеџмановић, *op. cit.*, 182.

⁴⁹ Према истраживању А. Лакић, лица код којих је дијагностикована параноја чине 1,44% хомицидалне популације. За кривична дела проистекла из њиховог параноидног суманутог система, она су неурачунљива. Вид. А. Лакић, *op. cit.*, 138; Д. М. Јевтић, *op. cit.*, 361.

менталном здрављу. С обзиром да смо се личношћу извршилаца већ детаљно бавили, определили смо се да у изложеном раду фокусирамо пажњу на улогу коју у манифестовању овог вида криминалног понашања имају: телесни недостаци; болести зависности; ментална ретардација; психопатије; неурозе, као и органске и функционалне психозе. Најважнији резултати истраживања могу се сумирати у неколико следећих закључака:

- телесни недостаци извршилаца нису непосредни узрок криминалног понашања; несумњиво је да та веза постоји, али је по својој природи друштвено посредована. Неадекватан однос социјалног миљеа према овим појединцима утиче на формирање негативних особина личности које могу, нарочито ако се јаве у стицају са другим субјективним и/или објективним криминогеним факторима, условити кривична дела против живота и тела;

- највећи значај алкохолизма/алкохолисаности *tempore criminis* испољава се када се у стицају са њим/њом јављају фактори који са становишта објективне друштвене процене изгледају безначајно да би се могли сматрати правим разлогом извршења кривичног дела којим се повређује или угрожава туђи живот или телесни интегритет (нпр. увреда), али су у свести извршиоца, измењеној под утицајем алкохола, сасвим другачије вредновани, а најмањи када акутно пијанство извршиоца само активира нагомилане криминогене факторе, који су сами по себи довољни да доведу до криминалног понашања. Између те две крајности смештено је толико комбинација алкохолисаности и осталих каузалних фактора у једном кривичном делу против живота и тела, колико има људи који су то дело извршили и у себи имали алкохола;

- ментално ретардирана лица (дебили) често се суочавају са одбацивањем и нетолерантним ставом породице, вршњака, школе и шире средине због чега се повлаче из друштва, или пак прихватају негативно мишљење околине о себи и развијају агресивно понашање као адаптивни механизам. У овом другом случају, кривично дело против живота и тела није само последица менталне ретардације, већ исто тако симптом неприхваћености од заједнице у којој је то лице одрасло и у којој живи;

- психопатске црте личности не доводе аутоматски до вршења ових кривичних дела, већ делују посредно преко социјалног садржаја свести психопате, испољавајући се као њихов услов, а не узрок. Другим речима, психички склоп личности чини психопату осетљивијим и подложнијим вирулентном утицају криминогених фактора;

- хомицидијум схизофрених је друштвена појава условљена факторима и утицајима социјалне средине и индивидуалним особинама личности, њеном био-психолошком структуром и психопатолошким садржајима. У складу с тим, приликом истраживања тзв. патолошког криминалитета одговарајућу пажњу требало би посветити и

непсихопатолошким факторима, тј. сагледавању улоге и значаја структуре личности и психосоцијалних – егзогених провокативних разлога (нпр. вређање, напад или малтретирање од стране жртве).

На основу свега изложеног, можемо констатовати да сазнања о личности извршилаца ових кривичних дела, као и о проблемима које имају на плану телесног и менталног функционисања представљају неопходну претпоставку за: а) разумевање механизма деловања друштвених утицаја који своје дејство на понашање појединаца никада не остварују директно, већ посредством и на основу личних својстава (дакле, постоји дијалектичка повезаност објективног и субјективног); б) осмишљено планирање, организовање и предузимање превентивних активности и в) правилно решавање питања кривице и остваривање начела индивидуализације кривичне санкције, како приликом њеног изрицања, тако и у фази третмана и ресоцијализације. Прецизније, та сазнања су, ма колико пут до њих био оптерећен бројним тешкоћама и лимитирајућим факторима, *conditio sine qua non* ефикасног спречавања и сузбијања кривичних дела против живота и тела која, због традиционално високе заступљености у целокупно пресуђеном криминалитету, тежине последица насталих њиховим извршењем, као и страха који оправдано изазивају код грађана, представљају алармантан друштвени проблем у нашој земљи, али и на глобалном плану.

ЛИТЕРАТУРА

Алексић, Ж., Миловановић, З., *Лексикон криминалистике*, Београд, 1985.

Биро, М., *Клиничка психологија*, Београд-Загреб, 1990.

Бојанин, С., Радуловић, К., *Социјална психијатрија развојног доба*, Београд, 1988.

Букелић, Ј., *Социјална психијатрија*, Београд, 2004.

Вековић, В. В., Личност извршилаца кривичних дела против живота и тела, *Начела добре владавине права – начело правне сигурности и начело правичности* (Тематски зборник – Научно истраживачки пројекат), Косовска Митровица, 2017.

Вековић, В. В., Психолошки приступ етиологији насилничког криминалитета – „рани радови“ и каснија проучавања, *Однос права у региону и права Европске уније* (Зборник радова са Научног скупа који је у организацији Правног факултета у Источном Сарајеву одржан 25. октобра 2014. године на Палама), Источно Сарајево, 2015.

Вуковић, Ш. С., *Крвни деликти у Србији*, Зајечар-Београд, 1985.

Горета, М., Основне терапијске технике и модели у лијечењу психички абнормалних делинквената, *Лијечење психички абнормалних делинквената* (Зборник радова), Соколац, 1991.

Екермен, Н. В., *Психодинамика породичног живота – дијагноза и лечење породичних односа*, Титоград, 1987.

Јаковљевић, В., *Прилози за социјалну патологију*, Београд, 1984.

Јакулић, С., *Рехабилитација ментално ретардираних лица*, Београд, 1986.

Јевтић, Д. М., *Судска психопатологија*, Београд-Загреб, 1966.

Јеротић, В., Личност – њен развој и последице, *ЈПКК*, бр. 3/74.

Каличанин, П., Параносић, В., Царан, Н., *Психијатрија – приручник за лекаре и сараднике*, Београд, 1990.

Капамација, Б., *Убиство – психопатологија и судска психијатрија*, Нови Сад, 1981.

Кецмановић, Д., *Ни нормално ни патолошко*, Сарајево, 1988.

Клајн, В., Социјално патолошки аспекти менталних поремећаја, *ЈПКК*, бр. 1/70.

Клиничка психологија – индивидуална и социјална (редактори – Бергер, Ј., Биро, М., Хрњица, С.), Београд, 1990.

Кривични законик, *Службени гласник РС*, бр. 85/05, 88/05 – исправка, 107/05 – исправка, 72/09, 111/09, 121/12, 104/13, 108/14, 94/16.

Крон, Л., *Кајинов грех – психолошка типологија убица*, Београд, 1993.

Крстић, Б., Социјалне и психопатолошке карактеристике схизофрених убица, *ЈПКК*, бр. 2/74.

Лакић, А., Неке психичке карактеристике извршилаца кривичног дела убиства, *ЈПКК*, бр. 3/77.

Лукић, М., Пејаковић, С., Марић, Ј., *Правна медицина – судска медицина и психопатологија*, Београд, 1990.

Милосављевић, Б., *Социјална патологија*, Сарајево, 1986.

Милутиновић, М., *Криминологија*, Београд, 1985.

Настовић, И., *Неуротски синдром*, Београд-Зајечар, 1981.

Настовић, И., Каинов комплекс и његов значај у формирању неуроza, *Анали Завода за ментално здравље*, бр. 1/72.

Радуловић, Д., Бихејвиоралне и неурофизиолошке карактеристике психопатских преступника, *ЈПКК*, бр. 2/98
Nordegren, T., *The A – Z Encyclopedia of Alcohol and Drug Abuse*, Parkland, 2002.

Пешић, В., *Убиства у Југославији*, Београд, 1972.

Рашковић, С., *О агресији*, Београд, 1996.

Сулeјманов, З., *Убиствата во Македонија*, Скопје, 1990.

Тадић, Н., *Психијатрија детињства и младости*, Београд, 1989.

Хајдуковић, Ч., *Судска психијатрија*, Београд-Зајечар, 1981.

- Хорнај, К., *Наши унутрашњи конфликти*, Титоград, 1976.
- Хорнај, К., *Неуротична личност нашег доба*, Београд, 1991.
- Abrahamsen, D., *Crime and Human Mind*, New York, 1945.
- Bisio, B., *Psiha i droga*, Zagreb, 1977.
- Carr, A., *Clinical Psychology – An Introduction*, London, 2012.
- Eliot, M. A., *Zločin u savremenom društvu*, Sarajevo, 1962.
- Gifford, M., *Biographies of Disease – Alcoholism*, Santa Barbara, 2010.
- Hudolin, V., *Rječnik ovisnosti*, Zagreb, 1987.
- Ignjatović, Đ., *Teorije u kriminologiji*, Beograd, 2009.
- Laignel-Lavastine, M., Stanciu, V. V., *Précis de Criminologie*, Paris, 1950.
- Madden, J. S., *A Guide to Alcohol and Drug Dependence*, Bristol, 2013.
- Pospišil-Završki, K., Odras kriminalnog i antisocijalnog ponašanja shizofrenih na kvalitetu života njihovih porodica, *Socijalna psihijatrija*, br. 4/87.
- Psihijatrija – dijagnoza i terapija (Langeov klinički priručnik)*, Beograd, 1992.
- Psychoanalyse und Justiz* (Hrsg. – Moser, T.), Frankfurt, 1971..
- Richard, D. C., Huprich, S. K., *Clinical Psychology – Assessment, Treatment and Research*, Burlington, 2009.
- Szabo, D., *Criminologie*, Montréal, 1965.
- Sobotinčić, A., Neki kriminološki, penološki i socijalno-medicinski aspekti obaveznog liječenja alkoholičara, *Penologija*, br. 1/73.
- Schipkowensky, N. S., Стереотипи делинквената и њихова стигматизација (Клиничке тенденције), *ЈПКК*, бр. 3/73
- Šeparović, Z., *Kriminologija i socijalna patologija*, Zagreb, 1981.
- Vilson, K., *Psihologija ubistva*, Niš, 1990.

Vladimir V. VEKOVIĆ

Full Professor

PHYSICAL AND MENTAL HEALTH OF THE EXECUTORS OF CRIMES AGAINST LIFE AND BODY

Summary

A comprehensive and substantive examination of crimes against life and body as an individual phenomenon, in addition to the minuscule analysis of the perpetrators' personality, must incorporate knowledge of their physical and mental health. Considering that we have already dealt with the personality of the executors, we have decided that in the exposed work we focus attention on the role that in the manifestation of this type of criminal behavior has problems in terms of their physical and mental functioning. According to the results of the research, the most intense criminological effect is achieved by: physical defects; alcoholism/alcoholism *tempore criminis*; psychopathy; obesity and schizophrenia. These problems are not the direct cause of criminal behavior, i.e. do not automatically lead to the commission of criminal offenses. The connection between them and the crimes that injure or endanger someone else's life or body integrity undoubtedly exists, but by its very nature is social and indirect. It is obvious that the knowledge about the personality of the executors of these crimes, as well as the impairment of their health, is a necessary precondition for: a) understanding the mechanism of the functioning of social influences which never exercise their effect on the behavior of individuals directly but through and on the basis of personal characteristics (that is, there is a dialectical connection between objective and subjective); b) planned planning, organization and undertaking of preventive activities; and c) proper resolution of the issue of guilt and realization of the principle of individualization of the criminal sanction, both during its pronouncement and in the stage of treatment and resocialization.

Key words: *health, executor, crimes against life and body, physical defects, alcoholism, psychopathy, mental retardation, schizophrenia*

Рад је предат 2. маја 2018. године, а након мишљења рецензената одлуком одговорног уредника одобрен за штампу.