

# NE NASILJU

jedinstven društveni  
odgovor





**TREĆA MEĐUNARODNA NAUČNA KONFERENCIJA  
DRUŠTVENE DEVIJACIJE**

**ZBORNİK RADOVA  
NE NASILJU – JEDINSTVEN DRUŠTVENI ODGOVOR**

**Banja Luka, 2018. godine**

**Izdavač:**

**CENTAR MODERNIH ZNANJA  
BANJA LUKA**



**Glavni i odgovorni urednik:  
Doc.dr Nebojša Macanović**

**Urednici:**

**Prof. dr Jagoda Petrović**  
*Fakultet političkih nauka*  
*Univerzitet u Banjoj Luci*

**Prof.dr Goran Jovanić**  
*Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju*  
*Univerzitet u Beogradu*

**Naučni odbor:**

Akademik prof.dr Miodrag Simović (Banja Luka–BiH), prof.dr Milenko Kundačina (Mostar-BiH), prof.dr Aleksandar Jugović (Beograd – Srbija), prof.dr Ruža Tomić (Mostar-BiH), prof.dr Velimir Rakočević (Podgorica – Crna Gora), prof.dr Muhamed Omerović (Tuzla-BiH), prof.dr Snežana Mojsoska (Skopje-Makedonija), prof.dr Oliver Bačanović (Skopje-Makedonija), prof.dr Dragana Bašić (Banja Luka-BiH), prof.dr Goran Nedović (Beograd-Srbija), doc.dr Goran Bašić (Växjö-Švedska), prof.dr Goran Jovanić (Beograd-Srbija).

**Recezenski odbor:**

Prof.dr Jagoda Petrović (Banja Luka-BiH), prof.dr Refik Čatić (Zenica-BiH), prof.dr Vladimir Stojanović (Banja Luka-BiH), prof.dr Miodrag Romić (Banja Luka-BiH), prof.dr Petar Rajčević (K. Mitrovica-Srbija), doc.dr Nikolina Grbić- Pavlović (Banja Luka-BiH), prof.dr Husein Ljeljak (Mostar-BiH), doc.dr Slobodan Simić (Banja Luka-BiH), prof.dr Goran Nedović (Beograd-Srbija), prof.dr Muhamed Omerović (Tuzla-BiH), prof.dr Dragana Bašić (Banja Luka-BiH), doc.dr Kristina Bobrek Macanović (Banja Luka – BiH), prof.dr Goran Jovanić (Beograd-Srbija), doc.dr Vildana Pleh (Sarajevo- BiH), doc.dr Gordan Radić (Mostar – BiH), doc.dr Nebojša Macanović (Banja Luka-BiH), prof.dr Tatjana Gerginova (Skopje-Makedonija), doc.dr Mirjana Đorđević (Beograd-Srbija), doc.dr Nikola Findrik (Bihać-BiH).

**Lektor i korektor:  
Kristina Bobrek Macanović**

**Tehnička priprema:  
Oksana Bačinski**

**Štampa:  
Markos**

**Za štampariju:  
Igor Jakovljević**

**Tiraž:  
200**

## SHIZOFRENIJA I NASILJE KROZ NAJTEŽE KRVNE DELIKTE

Jagoda Drljača  
diplomirani pravnik-master<sup>463</sup>

**Sažetak:** U radu sam nastojala da ukažem na neke specijalne psihopatološke faktore shizofrenije kada su u pitanju najteži krvni delikti, naročito homicid. Imajući u vidu brojna istraživanja koja u relevantnim procentima pokazuje signifikantno prisustvo shizofreničara među izvršiocima krvnih delikata, svoj rad sam ograničila samo na tu psihozu. Mnoštvo karakteristika kao što je uzrast, sredstvo izvršenja, tip odnosa sa žrtvom.. se redovno javljaju. Krivičnopravni značaj ogleda se u tome što su shizofreni izvršiocima dela najčešće neuračunljivi za dela koja im se stavljaju na teret. Pravilo je da se uračunljivost ocenjuje u odnosu na delo i u vreme izvršenja dela. Psihoze koje se jave u toku samog postupka nisu relevantne za ocenu uračunljivosti, već samo za dalji tretman lica. Sudiji na raspolaganju stoje dve mere bezbednosti psihijatrijskog karaktera: obavezno psihijatrijsko lečenje i čuvanje u zdravstvenoj ustanovi (član 81. KZRS) i obavezno psihijatrijsko lečenje na slobodi (član 82. KZRS). Neophodno je da pravnici steknu elementarna znanja iz psihijatrijske struke kada su u pitanju signifikantni patološki procesi radi što kvalitetnijeg i istinitijeg procesuiranja i izricanja adekvatne krivične sankcije.

**Ključne reči:** agresija, shizofrenija, homicid, uračunljivost, mere bezbednosti

### O oblicima agresije

U svom poznatom delu „Anatomija ljudske destruktivnosti“ Erih From govori o tipovima agresije. Defanzivna (benigna agresija) imanentna je životinjama i ljudima i predstavlja mehanizam zaštite vitalnih životnih impulsa. Nasuprot njoj nalazi se maligna agresija, destruktivnost i okrutnost imanentna samo ljudskoj vrsti, koja svoj uzrok ne nalazi u zaštiti vitalnih interesa, već u zadovoljstvu, pohoti. Razlozi nastanka tog tipa agresije kod ljudi su karakterne „mane“, slaba otpornost na frustracije, socio-ekonomski uslovi, kao i neke teže duševne poremećenosti. Treba reći da poslednje izazivaju i najveću paniku i kontroverzne stavove u društvu, pre svega zbog nepredvidivosti u ponašanju tih lica, njihovom neadekvatnom dijagnostifikovanju i tretmanu kao i senzacionalističkim novinarskim naslovima o surovosti delikata koja ta lica vrše. Činjenica je da su rađena brojna istraživanja i da se određeni poremećaji dovode u korelaciju sa specifičnim, težim oblicima nasilja: poremećaji ličnosti i određeni tipovi shizofrenije. S obzirom na obim rada, bilo bi pretenciozno obraditi psihijatrijsko-pravno relevantne elemente oba tipa poremećaja, te ću rad ograničiti na relaciju shizofrenije i delikata koja lica sa ovom psihozom najčešće čine. Na samom početku rada bih naglasila da mi intencija nije bila da stvorim dodatnu stigmu i podstaknem iracionalni strah od tih lica. Boljim upoznavanjem sa brojnim istraživanjima o relacijama shizofrenije i nasilja kao i načinima na koje se tretiraju ta lica u slučaju izvršenja delikta, možemo da izvedemo određene zaključke. Na taj način skidamo preteranu stigmu oko tih lica i stvaramo preduslove za efikasnu prevenciju, njihov adekvatniji tretman i pretpostavljeno smanjenje kriminaliteta ove kategorije lica.

### Istorijski razvoj

Odnos društva prema psihičkim bolesnicima prošao je dug razvojni put u raznim epohama do savremenog doba. U primitivnim društvima se smatralo da duševne bolesti prouzrokuju natprirodne sile, da se u bolesnikovom telu nalaze demoni, te se taj demon isterivao različitim ritualima i čarolijama, kao i sredstvima prinude. „Međutim, već u IV veku pne., počinje da prodire mišljenje da

---

<sup>463</sup> jagoda.drljaca@yahoo.com

duševne bolesti nisu prouzrokovane od strane natprirodnih sila, već da su to prirodne pojave.“ ( Drakić, 2007: 24 )

Srednji vek donosi nazadovanje u poimanju duševnih bolesti, ova lica se spaljuju na lomači da bi se isterao ”đavo“ iz njih. ( Kapamadžija, 1989). 1789. Francuska Buržoaska Revolucija donosi novi napadak i humaniji pristup prema duševno bolesnim licima. IXX vek, naročito njegova druga polovina, predstavlja period napretka psihijatrije, njenog razvoja u pogledu psihijatrijskih kategorija koje mogu dovesti do oslobađanja od kazne zbog neuračunljivosti. Ovaj period se ogleda u dva velika pravca u razvoju psihopatologije kao nauke, deskriptivnom i analitičkom, čiji su najznačajniji predstavnici bili Vernike i Krepelin.

Početak XX veka donosi u prvi plan najznačajnije analitičare ljudskog ponašanja sa psihijatrijskog stanovišta kao što su Jaspers, Šnajder i Krečmer. Jaspers ( 1913 ) u Opštoj psihopatologiji na iscrpan način empirijskim metodama pruža pregled svih psihopatoloških stanja, pogled na celokupan unutrašnji život čoveka, ako je uslovljen bolesnim procesima.

### **Shizofrenija**

*Psihopatologija shizofrenije jedna je od najintrigantnijih, jer omogućava mnogostruki uvid u delovanje obolelih, kao i zdravu psihu. (Eugen Blojler)*

„Psihoze su psihopatološki procesi koji se ispoljavaju u poremećajima većine psihičkih funkcija.“ (Jevtić, 1966: 8 )

Endogene (funkcionalne) psihoze nastaju iz nepoznatih unutrašnjih razloga, a u njih spadaju shizofrenija, manično depresivna psihoza i paranoja. Krepelin je 1896. prvi odredio ovaj duševni poremećaj i nazvao ga dementia praecox. Odredio je tri tipa demencie praecox: hebefreni, katatoni i paranoidni tip. Prvi put izraz shizofrenija upotrebio je Eugen Blojler 1911. godine, želeći da podvuče osnovnu karakteristiku ove psihoze, rascep celokupne ličnosti (schisis- rascep, phrenos- um). 1959. Kurt Šnajder je definisao kao poremećaj sa simptomima prvog i drugog reda. Simptomi prvog reda su halucinacije, obmane, poremećene misli i govor i po pravilu na njih deluju antipsihotici, dok su simptomi drugog reda ( negativni simptomi ) oskudan govor, asocijalnost, nesposobnost za doživljavanje zadovoljstva, nedostatak motivacije. Shizofrenija je poremećaj koji zahvata većinu psihičkih funkcija i nastaje u drugoj ili trećoj deceniji života, ređe kasnije.

Prema Kapamadžiji (1974: 76 ): Bolest pokazuje najrazličitiji tok, a prognoza je uvek nesigurna. Ponekad se javi jedan nastup bolesti koji traje neko vreme, nekoliko nedelja ili meseci, pa se bolest ili spontano ili pod lečenjem povuče i nikad se više ne pojavi. Ponekad se bolest povuče, ali ostanu tragovi oštećenja psihičkih funkcija. U najnepovoljnijim slučajevima bolest od početka pokazuje zloćudan pravolinijski tok bez poboljšanja ili sa eventualnim stalnim pogoršavanjem. Bolest traje godinama i vodi do postepenog propadanja ličnosti ( shizofrena demencija).

Shizofrenija je najkompleksnija i najčešća psihoza. Prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti nalazi se pod šifrom F20 i obuhvata više oblika: paranoidna, hebefrena, katatona, neizdiferencirana, postshizofrena depresija, rezidualna, simplex forma, druga shizofrenija i nespecifična shizofrenija. Od svih oblika, kada su u pitanju krvni delikti, naročito homicid, najfrekventnija je paranoidna shizofrenija.

Prema Lanckron- ovom istraživanju od 150 duševnih bolesnika primljenih u bolnicu zbog krivičnog dela ubistva, 42,6% su hospitalizovani sa dijagnostifikovanom shizofrenijom, od toga 25,3% su imali paranoidni oblik. ( Kapamadžija, 1981) Sumanute paranoidne misli od svih oblika predstavljaju najznačajniji homicidogeni faktor. Distinkcija između paranoje i paranoidne shizofrenije ogleda se u tome što se kod shizofrenije javljaju i drugi simptomi oboljenja i poremećaja, a paranoidne misli nisu u tolikoj meri razrađene i realistične. Brojna su istaživanja na temu psihoza i nasilnog kriminaliteta.

## **Shizofrenija i nasilje- uzroci**

Prema nekim istraživanjima uočena je signifikantna relacija između nasilja i shizofrenije. Fazel, Gulati, Linsell, Geddes i Grann su u svom istraživačkom radu „Schizophrenia and Violence“ ( 2009 ) na osnovu 20 studija sprovedenih na 18.432 lica sa shizofrenijom i drugim psihozama uočili nasilje kod 9.9% ispitanika, nasuprot uzorku od 1.714.904 mentalno zdravih lica kod kojih je nasilno ponašanje bilo znatno manje zastupljeno, u 1.6% slučajeva. U zaključku se navodi da kod shizofrenog muškarca postoji 4 do 5 puta veća verovatnoća da se ponaša nasilno nego muškarac iz „normalne“ populacije. Od svih oblika nasilja shizofrenija je najtešnje dovedena u relaciju sa homicidom, rizik se povećava skoro 20 puta u odnosu na procenat izvršenja ubistva kod „normalne“ populacije, navodi se u studiji. Pored ovakvih studija koje kategorički ubrajaju shizofreniju i druge psihoze u faktore visokog rizika nasilnog ponašanja, postoje i studije koje smatraju da psihoze predstavljaju faktor rizika, ali znatno manji.

Nestor u studiji „Mental Disorder and Violence“ ( 2002 ) govori o većem riziku od nasilja lica sa paranoidnim oblikom shizofrenije usled osećaja da je njihovo okruženje neprijateljsko ili njihovih deluzija o „vanzemaljskom“ opsedanju. Sačinjen je upitnik od 17 pitanja sa ponuđenim odgovorima da ili ne, poput: „Ukoliko se ljudi ponašaju prijateljski, obično žele nešto od mene“; „Neki ljudi idu protiv mene bez ikakvog razloga.“ Pozitivni odgovori na ova i slična pitanja govore u prilog paranoidno-agresivnog ponašanja i većem riziku od nasilnog ponašanja. Kada su u pitanju deluzije o „vanzemaljskom“ opsedanju, licima su postavljana pitanja kao što su: „Koliko često osećaš da su u tvojoj glavi misli koje nisu tvoje?“; „ Koliko često imaš misli da si opsednut od strane đavola?“; „ Koliko često osećaš da tvojom glavom upravljaju sile koje su van tvoje kontrole?...”

Afirmativni odgovori ispitanika indicirali su da se lica nalaze u stanju akutne paranoidne psihoze.

Proučavajući homicidalno ponašanje kod shizofrenih bolesnika Kovačević, Kecman ( 2006 ) izdvajaju kriminalne faktore: 1) aktuelni psihopatološki sindrom; 2) prepsihotična struktura ličnosti; 3) viktinološki doprinos žrtve; 4) bolesti zavisnosti.

Tanay ( 1972 ) je napravio psihijatrijsku klasifikaciju ubistava:

- 1) Ego-sintono –očuvana je svest izvršioca, učinilac teži izvršenju dela. Radi se o umišljajnom ubistvu pri kojem ne dolazi do slamanja Ega;
- 2) Ego-distono ubistvo se odvija suprotno od svesnih tendencija ličnosti Sam termin distono govori da dolazi do disocijacije ličnosti, Ego mora da bude slomljen da bi lice počinilo ubistvo. Radi se o najčešćem tipu ubistva, u stanjima izmenjene svesti;
- 3) Psihotično ubistvo koje čine lica sa težim mentalnim poremećajima. Rezultat je bolesnog procesa i njegovih psihopatoloških fenomena, pa je i motivacija dominantno psihopatološka.

Na sličan način Kapamadžija ( 1989 ) ubistva klasifikuje u 3 kategorije:

- 1) Ubistvo kao pretežno voljna radnja, gde se ubilačka namera formirala svesno, svest nije izmenjena. Navodi da bi idealni prototip bio profesionalni, plaćeni ubica;
- 2) Ubistvo kao afektivno-impulsivna radnja, dolazi do suženja svesti i deformacije logike rasuđivanja. Ubistvu je prethodio jak afekt, dolazi do impulsivnog ubistva i neretko ga karakteriše brutalnost prema žrtvi;
- 3) Ubistvo kao pretežno psihotična radnja nastaje na dva načina: a) počinitelj je duševni bolesnik, ubistvo je neposredan patološki produkt pod uticajem „sumanutih“ ideja, halucinacija, katatonih poremećaja, izmena svesti i drugih psihotičnih fenomena; b) počinitelj je psihički zdrava ili abnormalna ličnost, ali je u vreme izvršenja dela bio u stanju privremene psihičke poremećenosti.

Moguće je počiniti delo i u stanju privremene duševne poremećenosti koja po svom kvalitetu i kvantitetu ima težinu psihoze. Privremena duševna poremećenost postoji: „kada su svest i orijentacija lica u vremenu i prostoru, kao i sećanje na prošle događaje teško pogođeni, obično za kratko vreme“. ( Kopal, 2000: 218) Kao uzročnici privremene duševne poremećenosti se javljaju afekti, intoksikacije, premorenost, bunovnost, mesečarstvo, otrovi, telesne bolesti i povrede mozga, nebolesna sumračna stanja (epileptičarsko). U krivičnom postupku sudija može da proglasi lice neuračunljivim ili bitno

smanjeno uračunljivim, iako je lice potpuno psihički zdravo u vreme postupka. „Ukoliko se psihičko stanje učinioca posle dejstva uzročnika ne vrati u prvobitno stanje već nastupe organske promene, ili ostanu neki defekti u psihičkom funkcionisanju, tada je reč o duševnoj bolesti ili nekom drugom obliku duševnog poremećaja“ ( Drakić, 2007: 86).

Gutmacher ( 1973 ) pravi klasifikaciju ubica polazeći od svog istraživanja na uzorku od 175 počinitelaca krivičnog dela ubistva ( protivpravnog dela u zakonu predviđenog kao krivično delo, ukoliko je lice neuračunljivo): normalan tip, psihopatski tip, alkoholičarski tip, tip ubice osvetnika, sadistički tip i shizofreni tip ubice. Shizofreni tip ubija pod dejstvom sumanutih, paranoidnih ideja.

Revitch, Schlesinger ( 1981 ) razlikuju situaciono ubistvo, impulsivno, kompulsivno i katatonično ubistvo. Katatonični delikt čine lica pod dejstvom endogenih faktora, najčešće lica obolela od shizofrenije ili lica sa shizoidnim poremećajem ličnosti.

Veliki broj drugih autora<sup>464</sup> je klasifikovao počinioca krivičnog dela ubistva polazeći od psihološko-psihijatrijskih obeležja, a među kojima se nalaze i kategorije relevantne sa aspekta ovog rada. Obrnuta je situacija kada je počinitelj dela psihotično lice kome zbog slabih simptoma, ili stigme i „sramote“ porodice nije dijagnostifikovan poremećaj, nisu lečena, a u sudskom postupku ne bude određeno veštačenje. Krivična sankcija koja se u tom slučaju izrekne u postupku nije adekvatna za lice zbog njegovog stanja. To govori u prilog poteškoći da se utvrde stvarni procenti duševno bolesnih lica među počiniocima delikata nasilja. Izvršenje dela može da nastupi u psihotičnom stanju, pod dejstvom sumanutih misli i halucinacija. Takođe, psihotično lice može da izvrši delo u nepsihotičnom stanju, u remisiji ili kod blažih oblika psihoza kada je izlečeno. S obzirom na rečeno, prilikom veštačenja lica sa dijagnozom shizofrenije ili druge psihoze, u krivičnom postupku, kada je delo posledica bolesnog stanja, sudija proglašava lice neuračunljivim i izriču mu se mere bezbednosti psihijatrijskog karaktera. Moguće je i da je lice u odnosu na delo bilo potpuno uračunljivo, tada se izriče druga krivična sankcija, kod krvnih delikata, po pravilu, kazna zatvora.

Jedna pravilnost utvrđena u brojnim istraživanjima o nasilničkom ponašanju je porast nasilja kod zloupotrebe supstanci. Alkohol i narkotici predstavljaju izuzetno značajan faktor rizika kada je nasilje u pitanju kod zdrave populacije, kao i kod lica sa dijagnozama psihoza i poremećaja ličnosti. Lica koja zloupotrebljavaju alkohol i narkotike predstavljaju veći faktor rizika za nasilničko ponašanje od lica sa dijagnostifikovanim psihozama i drugim psihičkim poremećajima. „Prema nekim istraživanjima u našoj kulturi oko 80 % svih učinilaca nasilnih krivičnih dela ( protiv života i tela) bilo je u vreme izvršenja tog dela pod uticajem alkohola“ ( Jukić, Savić, 2014: 105).

Veliki faktor rizika predstavlja i socio-ekonomska sredina, obrazovanje i uzrast, koji mogu višestruko da podstaknu pojavu bolesti kao i njeno agresivno manifestovanje. Na incidentnom uzorku, istorija napadačkog ponašanja imala je veću verovatnoću da se pojavi kod bolesnika koji žive u zemljama u razvoju, kod mlađe populacije s niskim socio-ekonomskim statusom i s minimalnim obrazovnim postignućima. Istorija napada bila je povezana s ozbiljnim problemima vezanim za alkohol i u zemljama u razvoju, zloupotrebom droga. Udruživanje tih varijabli s nasilnim ponašanjem više puta je otkriveno u mnogim populacijama. (Volavka, Laska, Baker, Meisner, Czobor, Krivelevich, 1997)

### **Shizofrenija i nasilje - karakteristike**

Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije, SZO (engl. World Health Organization, WHO) u svetu trenutno 45 miliona ljudi boluje od shizofrenije. Javlja se u uzrastu između 15 i 44 godine života. Prevalencija shizofrenije u toku života iznosi od 0,4 do 1,4 %. Kada je u pitanju obolevanje od shizofrenije, ona je učestalija kod pripadnika muškog pola. ( Aleman, Kahn, Selten, 2003 ) U studijama o nasilju psihički zdravih, tako i psihički poremećenih lica, kao izvršioci delikata nasilja u znatno većem procentu pojavljuju se muškarci. Simptomatski žene obolele od shizofrenije sklonije su depresivnim reakcijama, a muškarci impulsivno-afektivnim, kao i većoj sklonosti da konzumiraju

---

<sup>464</sup> Vile, Aklin, Kron etc.

alkohol i narkotike, koji, kako je već rečeno, predstavljaju visoke faktore rizika za nasilno ponašanje. Sagledano u celini, pripadnici muškog pola, sa dijagnozom shizofrenije, češće čine delikte nasilja nego pripadnice ženskog pola, sa istom dijagnozom. Krstić ( 1978 ) u svom istraživanju 50 shizofrenih počinitelaca ubistva nalazi da su 86% bili muškarci, a 14% žene. Šest puta češće su izvršiocu homicida bili shizofreni muškarci.

Kada su u pitanju žrtve delikta, mogu biti lica poznata izvršiocu, kao i nepoznata, nasumična lica. Kapamadžija ( 1981 ) navodi niz slučajeva krvnih delikata, kad je u sudskom postupku određeno veštačenje, pri čemu su bile žrtve pretežno poznata lica, naročito članovi porodice. Nordstorm i Kullgren ( 2003 ) u svojoj studiji izvode zaključke da većina žrtava nije bila upoznata s izvršiocem, ali je nasilje bilo manje ozbiljno u ovoj grupi. Kada su u pitanju članovi porodice, npr. roditelji, braća i sestre, babe i dede, bilo je više ženskih nego muških žrtava (60% vs 40%). Žrtve u porodici, bili su oni koji su najverovatnije ozbiljno ili fatalno ranjeni. Žene žrtve u porodici, naročito majke, bile su one koje su najverovatnije umrle kao žrtve teškog nasilja.

Kada se govori o žrtvama shizofrenih izvršilaca, važno je analizirati mogući doprinos žrtve deliktu nasilja.

Arandelović i Ćirić ( 2011 ) navode vrste relacija učinilac- žrtva sa psihološko- psihopatološkog aspekta:

- 1) primarno agresivno ponašanje- žrtva je inicijator agresije;
- 2) sekundarno agresivno ponašanje, žrtva i učinilac su jednako ispoljili agresiju u svom hroničnom konfliktu;
- 3) neagresivno ponašanje, žrtva nije pokazivala znakove agresivnog ponašanja.

Kod shizofrenih izvršilaca krvnih delikata ( prevashodno homicida ) najčešće žrtve delikta su roditelji, zatim supružnici, ostala rodbina, poznata lica i na kraju nepoznata lica. Kada su izvršiocu delikata nasilja nepsihotična lica, na prvom mestu po ugroženosti su supružnici, a direktna rodbina je na drugom mestu.

Hladno oružje predstavlja najčešće sredstvo izvršenja. Pretpostavljeno zbog dostupnosti, takođe i brutalnosti koje takav vid izvršenja dela u sebi nosi. Krstić ( 1978 ) na istom uzorku od 50 lica navodi sredstva izvršenja homicida u procentima: hladna oružja 78%, vatrena oružja 16%, manuelno ( rukama) 4% i hemijska sredstva 2%.

Kada su u pitanju najčešći delikti, čega sam se više puta kroz rad dotakla, ubistvo i pokušaj ubistva su na prvom mestu. Signifikantno mesto zauzimaju i telesne povrede, teške i lake. U odnosu na te krvne delikte izvršiocu su najčešće neuračunljivi ili bitno smanjeno uračunljivi. Kao glavni uzrok izvršenja dela, kod najtežih psihoza, javlja se endogeni faktor, u konstelaciji sa brojnim drugim, kao što je npr. doprinos žrtve, intoksikacija alkoholom, narkoticima.

Na kraju izlaganja o specifičnoj relaciji shizofrenije i krvnih delikata navodim studiju Gorete, Čovića, Buzine, Krajačića, Jukića ( 2007 ) na uzorku rađenom za period 1998-2002. Autori nastoje da pruže smernice u daljem postupanju prema licima kojima su utvđeni psihički poremećaji i koji su počinili krivična dela ( protivpravna dela u zakonu predviđena kao krivična dela ). Kada su u pitanju dela za koja im je izrečena krivična sankcija, procentualno su najzastupljeniji: ubistvo 23,3%, pokušaj ubistva 14% i krađa 6,7%. U odnosu na krivična dela protiv života i tela 55,3% izvršilaca proglašeni su neuračunljivim, 36,2% bitno smanjeno uračunljivim i 8,5% uračunljivim. Dijagnoza paranoidne shizofrenije u vreme sudskog postupka utvrđena je u 48% slučajeva, sumanutu poremećaj 22% i shizofrenija simplex u 10% slučajeva.

**Postupanje sa shizofrenim izvršiocima krivičnih dela ( protivpravnih dela u zakonu predviđenih kao kd. )**

Za dalji tretman lica kojima su utvđene psihoze ( shizofrenija) i koji su počinili krvne delikte merodavna je ocena njihove uračunljivosti u krivičnom postupku.<sup>465</sup> Neuračunljivo lice ne može biti počinilac krivičnog dela, s obzirom da je uračunljivost sposobnost za krivicu. Član 23. Krivičnog zakonika Republike Srbije definiše neuračunljivost:

- 1) *Nije krivično delo ono koje je izvršeno u stanju neuračunljivosti*
- 2) *Neuračunljiv je onaj učinilac koji nije mogao da shvati značaj svoga dela ili nije mogao da upravlja svojim postupcima usled duševne bolesti, privremene duševne poremećenosti, zaostalog duševnog razvoja ili druge teže poremećenosti*
- 3) *Učiniocu krivičnog dela čija je sposobnost da shvati značaj svoga dela ili sposobnost da upravlja svojim postupcima bila bitno smanjena usled nekog stanja iz stava 2 ovog člana ( bitno smanjena uračunljivost), može se ublažiti kazna.*

Krivični zakonik polazi od pretpostavke uračunljivosti, proveriti se pristupa samo ukoliko se pojavi osnovana sumnja u uračunljivost, zasnovana na činjeničnom stanju. Kada je u pitanju shizofreni spektar poremećaja, po pravilu se pristupa oceni njegove uračunljivosti. Izuzetno, veštačenje neće biti određeno kada zbog neznatnih simptoma, zbog blažeg oblika poremećaja, činjenice ne ukažu na potrebu da se ispita psihički aparat učinioca. U situacijama kada je određeno psihijatrijsko veštačenje, nalaz i mišljenje veštaka psihijatra predstavljaju suštinski elemenat na osnovu kojeg sudija donosi odluku o uračunljivosti optuženog i određuje krivičnu sankciju. Institut neuračunljivost je pravni institut, u isključivoj je ingerenciji sudije. S obzirom da se uračunljivost ceni u odnosu na konkretno delo i u vreme dela, moguće je da lice u odnosu na jedno delo bude uračunljivo, a u odnosu na drugo neuračunljivo. To povlači za sobom mogućnost izricanja različitih krivičnih sankcija nakon sprovedene empirijsko-normativne analize. Kada su u pitanju shizofreni učinioci dela, zbog težine duševne bolesti i disocijacije najvećeg broja njihovih psihičkih funkcija, po pravilu se proglašavaju neuračunljivim i mogu im se izreći mere bezbednosti psihijatrijskog karaktera. Ukoliko bude utvrđena bitno smanjena uračunljivost, u skladu sa čl 23. KZ, prvo se izvršava mera bezbednosti, a zatim kazna zatvora, ako je izrečena ( vikarijski sistem).

Mera bezbednosti psihijatrijskog lečenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi ( čl. 81 KZRS ), uslovi:

- 1) postojanje krivičnog dela ( protivpravnog dela u zakonu predviđenog kao krivično delo )
- 2) neuračunljivost ili bitno smanjena uračunljivost u trenutku izvršenja dela
- 3) opasnost za okolinu
- 4) potreba lečenja i čuvanja učinioca u zdravstvenoj ustanovi radi otklanjanja „opasnosti za okolinu“

Jedno od spornih pitanja je kakav stepen opasnosti treba da postoji da bi se licu odredila ova mera. Potrebno je da se radi o ozbiljnoj opasnosti od ponovog izvršenja dela koja proizlazi iz psihopatoloških procesa i stanja kod učinioca. Neophodno je da postoji visok stepen verovatnoće da će lice delo ponoviti. Kada je u pitanju težina dela kao uslov izricanja ove mere, zakonodavac navodi da treba da postoji opasnost od izvršenja težih dela. „Kao kriterijum bi se mogla koristiti ista ona zaprećena kazna koja je uslov za kažnjavanje pokušaja krivičnog dela ( pet godina ili teža kazna ).“ ( Stojanović, 2010: 303 ) Radi se o meri koja je neograničenog trajanja prema KZ Republike Srbije, te bi njeno izricanje bilo opravdano samo kada su u pitanju najteža krivična dela, kao što su ranije spominjani krvni delikti shizofrenih izvršilaca.

Kao poslednji uslov izricanja ove mere javlja se potreba lečenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi. Sudijin izbor ove mere prevashodno je zasnovan na nalazu i mišljenju veštaka psihijatra da li će lice ponovo izvršiti delo ukoliko ostane na slobodi. Dakle poslednji uslov zasniva se na psihijatrijskoj dijagnostici i predstavlja procenu verovatnoće zasnovanu kako na težini, tako i specifičnosti samog

---

<sup>465</sup> Važećim Krivičnim zakonom Republike Srbije iz 2006. godine prihvaćen je subjektivni pojam krivičnog dela, nema krivičnog dela bez krivice lica. Krivično delo će postojati ako je izvršeno delo predviđeno u zakonu kao krivično delo, koje je protivpravno i skrivljeno.

dela, načina izvršenja, motivacije za izvršenje dela, eventualne intoksikovanosti lica, psihopatoloških pobuda koje su podstakle izvršenje dela.. Mera iz čl. 81 KZ obustavlja se po predlogu zdravstvene ustanove, organa starateljstva ili lica kome je izrečena, a odluku donosi prvostepeni sud koji je izrekao meru. Takođe, sud je dužan da na svakih devet meseci preispituje ovu meru ex officio. Licu kome je obustavljena ova mera, može biti izrečena mera bezbednosti psihijatrijskog lečenja na slobodi, kao blaža i fleksibilnija mera psihijatrijskog lečenja.

Mera bezbednosti lečenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi u Republici Srbiji se sprovodi u: Specijalnoj zatvorskoj bolnici Okružnog zatvora Beograd, specijalnoj bolnici za psihijatrijske bolesti „Dr Slavoljub Bakalović“ Vršac, „Gornja Toponica“ Niš, „Sveti Vračevi“ Novi Kneževac, kao i u delu klinike za psihijatrijske bolesti „Dr Laza Lazarević“ Beograd.

Ljubičić ( 2016 ) navodi podatke o licima na izdržavanju mere bezbednosti obaveznog psihijatrijskog lečenja i čuvanja u Specijalnoj zatvorskoj bolnici u blokovima A i B. Od 234 profilisana pacijenta 214 pacijenata ( 91,5%) su muškarci, a 20 ( 8.5% ) žene.

Među hospitalizovanim (234 pacijenta) najfrekventniji psihički poremećaji su: paranoidna shizofrenija 43,2% lica, paranoidna psihoza 28,2%, laka mentalna zaostalost sa psihičkom dekompenzacijom 3,8%, shizoafektivni poremećaj ličnosti 3,4% i manično-depresivna psihoza 3,4 % . Kada su u pitanju počinjena dela, na istom uzorku, značajan udeo čini ubistvo 43,2%, izazivanje opšte opasnosti 12,4%, nasilje u porodici 9,8%, pokušaj ubistva 9,0%, teško ubistvo 5,6%

Mera bezbednosti obaveznog psihijatrijskog lečenja na slobodi ( čl. 82 KZRS ), uslovi:

- 1) postojanje krivičnog dela ( protivpravnog dela u zakonu predviđenog kao krivično)
- 2) neuračunljivost ili bitno smanjena uračunljivost u trenutku izvršenja dela
- 3) opasnost za okolinu

Moderne psihijatrijske tendencije govore u prilog tome da institucionalni tretman i izolacija lica ne daju očekivane rezultate, dovode do još veće antisocijalnosti lica, te da ih treba izbegavati kad god je to moguće. U praksi se lica kojima je izrečena mera lečenja i čuvanja u psihijatrijskoj ustanovi zadržavaju dug vremenski period, 10 godina i više, čak i u slučajevima blažih psihičkih poremećaja. Izolacija dovodi do dalje deprivacije i otuđenja od spoljnog sveta, neprilagođenosti, dodatne stigme i neprihvatanja tih lica, te potencijalno velikog rizika za recidivizam, kada, eventualno, budu otpuštena. To govori u prilog što češćem izricanju mere iz člana 82 KZRS, psihijatrijskog lečenja na slobodi. Kada su u pitanju prva dva uslova izricanja, ne postoji distinkcija između mera psihijatrijskog karaktera. Treći uslov, postojanje opasnosti za okolinu, podrazumeva manji stepen verovatnoće da će lice ponovo izvršiti delo nego kod mere prinudne hospitalizacije, zasnovano na psihijatrijskoj proceni. Ova mera se može povremeno sprovoditi u zdravstvenoj ustanovi, kada je to potrebno radi uspešnijeg lečenja lica. Za razliku od mere obaveznog čuvanja i lečenja u zdravstvenoj ustanovi koja je neograničenog trajanja, mera lečenja na slobodi je ograničena na period do tri godine.

### **Umesto zaključka**

Najveći broj istraživanja pokazuje signifikantnu relaciju između shizofrenije, naročito njenog paranoidnog oblika i krvnih delikata. Zbog toga neophodno je da pravnici i psihijatri u domenu forenzičke psihijatrije što kvalitetnije sarađuju, što pretpostavlja i bolje poznavanje pravila struke sa kojom se prepliću. Razlozi veoma retkih obustava mere bezbednosti obaveznog psihijatrijskog lečenja u ustanovi leži i u nepoverenju pravnika prema psihijatrijskim procenama da se patološki proces pacijenta popravio, da je moguća njegova reintegracija u društvo uz adekvatnu terapiju i periodične provere nadležnih službi. Takođe, veoma je važan stav porodice prema tim licima nakon izvršenja delikata. Bez podrške najbližih lica gotovo je nemoguće ostvariti svrhu mera bezbednosti, oporavak lica i prelazak sa stacionarnog na fleksibilniji oblik lečenja. Kada je u pitanju preventivno delovanje, istraživanja ukazuju da se agresivno manifestovanje shizofrenije, kao i drugih mentalnih devijacija javlja češće u nepovoljnim socio- ekonomskim uslovima. Iako bolesno stanje može biti isključivi uzrok nasilnog ponašanja, u najvećem broju slučajeva nepovoljni uslovi u kojima obolela lica žive podstiču agresivno pražnjenje frustracije. Podaci o žrtvama shizofrenih izvršilaca najtežih krvnih

delikata, članovima porodice psihotičnog lica, govore u prilog da agresija dominantno proističe iz disfunkcionalnih porodičnih odnosa. Nelečenje ili neadekvatno tretiranje shizofrenih lica, psihičko i fizičko nasilje nad njima, predstavlja uzrok njihovog agresivnog ponašanja. U današnje vreme postoje efikasni antipsihotici koji mogu da poboljšaju kvalitet života tih lica, u nekim slučajevima i da anuliraju psihotične procese. Umesto da se senzacionalistički u medijima izveštava o brutalnim deliktima koja čine ta lica, treba podići svest i znanje upravo putem tih medija da lice koje ima određene simptome treba da se leči, da ukoliko ima adekvatnu terapiju može da vodi normalan život bez dezintegracije iz svoje sredine i, ne predstavlja veći rizik za nasilno ponašanje od psihički zdravih lica. Lica zbog sramote i stigme moraju samostalno da se nose sa svojim patološkim procesima, što ih veoma često vodi u zloupotrebu alkohola i narkotika i pogoršava njihovo već narušeno psihičko stanje. Neadekvatan društveni tretman glavni je uzrok da shizofrena lica predstavljaju značajan faktor rizika kada su u pitanju najteži krvni delikti.

### **Literatura:**

1. Aleman Andre, Kahn Rene, Selten Jean- Paul (2003). *Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis*. Chicago: American Medical Association, 60 (6) 565-571.
2. Arandelović Dragana, Zoran Ćirić (2011). *Ličnost izvršioca krivičnog dela ubistva-forenzičko- psihijatrijski aspekt*, Beograd: Socijalna misao 3 (2011), 207- 222.
3. Drakić Dragiša (2009). *Neuračunljivost*. Novi Sad: Školska.
4. Fazel Seenaa, Gulati Gautam, Linsell Louise, Geddes John, Grann Martin (2009). *Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis*. Preuzeto 12. april, 2018., sa <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000120>
5. From Erih (1980). *Anatomija ljudske destruktivnosti*. Zagreb: Naprijed.
6. Goreta Miroslav, Čović Ivana, Buzina Nadica, Krajačić Romel, Jukić Vlado (2007). *Indikacije za forenzički tretman smanjeno ubrojivih i neubrojivih počinitelja kaznenih djela (1998-2002)*. Zagreb: Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu 14 (1) 15-40.
7. Guttmacher Manfred (1973). *The Mind of the Murderer, Selected Libraries Reprint Series*. New York: Arno Press.
8. Jaspers Karl (1990). *Opšta psihopatologija*. Beograd: Prosveta.
9. Jevtić Dušan (1966). *Sudska psihopatologija*. Beograd- Zagreb: Medicinska knjiga.
10. Jukić Vlado, Savić Aleksandar (2014). *Psihološko- psihijatrijski aspekt nasilja*. Zagreb: Socijalna psihijatrija, 42 (2) 102 – 108.
11. Kapamadžija Borislav (1974). *Sudska psihijatrija*. Novi Sad: Matica Srpska.
12. Kapamadžija Borislav (1981). *Ubistvo psihopatologija i sudska psihijatrija*. Novi Sad: Matica Srpska
13. Kapamadžija Borislav (1989). *Forenzička Psihijatrija*. Novi Sad: Dnevnik
14. Kobal Miloš (2000). *Psihopatologija za varnostno in pravno področje*. Ljubljana: Visoka policijsko-varnostna šola.
15. Kovačević Ratko, Kecman Bojana (2006). *Ubistvo u porodici*. Beograd: Institut za sociološka i kriminološka istraživanja.
16. Krstić Božidar (1978). *Shizofrenija i ubistvo*. Niš: Pravni fakultet Univerziteta u Nišu.
17. Ljubičić Milana (2016). *Karakteristike lica smještenih u Specijalnu zatvorsku bolnicu u Beogradu*. Preuzeto 28. mart, 2018., sa [http://www.ius.bg.ac.rs/crimenjournal/articles/crimen\\_001-2016/Pages%20from%20Crimen%202016-1-4.pdf](http://www.ius.bg.ac.rs/crimenjournal/articles/crimen_001-2016/Pages%20from%20Crimen%202016-1-4.pdf)
18. Nestor Paul (2002). *Mental Disorder and Violence: Personality Dimensions and Clinical Features*. Washington: American Psychiatric Association, 159 (1) 1973- 1978.
19. Nordstorm Annika, Kullgren Gunnar (2003). *Victim relations and victim gender in violent crimes committed by offenders with schizophrenia*. Berlin: Springer, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38 (6) 326-330.

20. Revitch Eugene, Schlesinger Louis (1981). *Psychopathology of homicide*. Springfield IL: Charles Thomas.
21. Stojanović Zoran (2010). *Krivično pravo- opšti deo*. Beograd: Pravni fakultet Univerziteta u Beogradu.
22. Tanay Emmanuel (1972). *Psychiatric Aspects of Homicide Prevention*. Washington: American Psychiatric Association, 128 (7), 815-818.
23. Volavka Jan, Laska Eugene, Baker Sherryl, Meisner Morris, Czobor Pal, Krivelevich Ilya (1997). *History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures*, London: The British Journal of Psychiatry, 171 (1) 9- 14.
24. Krivični zakonik, br. 85/2005, 88/2005- ispr., 107/2005-ispr., 72-2009, 111/ 2009, 121/2012, 104/2013, 108/2014 i 94/2016. Beograd: Službeni glasnik Republike Srbije.

### **SHIZOFRENIA AND VIOLINES THROUGH OVERHEATING CRYSTAL DELICATES**

#### **Summary**

*In my work, I tried to point out some special psychopathological factors of schizophrenia when it comes to the most serious blood offences, especially homicide. Bearing in mind numerous studies that, in relevant percentages, signify the presence of schizophrenics among the excipients of blood dysfunction, I limited my work to this psychosis alone. Many of the characteristics such as age, means of execution, type of relationship with the victim ... occur regularly. The criminal law significance lives in the fact that schizophrenic felons are most often declared unaccountable when it comes to their crimes. The rule is that accountability is assessed in relation to crime and at the time of the offence. Psychoses that occur during the course of the procedure are not relevant to the assessment of accountability, however, for further treatment of the person psychoses are relevant. Two measures of psychiatric safety are at disposal for a judge: mandatory psychiatric treatment and care at a health institution (Article 81 of the PCRS) and mandatory psychiatric treatment at liberty (Article 82 of the PCRS). It is necessary for lawyers to acquire elementary knowledge of the psychiatric profession when it comes to significant pathological processes in order to better and more precisely prosecute and pronounce an adequate criminal sanction.*

**Key words:** *aggression, schizophrenia, homicide, accountability, safety measures*