Eastern-European Journal of Medical Humanities and Bioethics
ISSN: 2559-7604
Covered in: CrossRef; RePEc; CEEOL; KVK; WorldCat; Google Scholar

2019, Volume 3, Issue 1, pages: 38-54 | doi: 10.18662/eejmhb.19

The Psychopathology of Serial Killers

Alexandra HUIDU[1]

[1] PhD Student, Doctoral School of Sociology, University of Oradea, Romania, LUMEN Research Center in Social and Humanistic Sciences, Iasi, Romania, andra_huidu@yahoo.com

Abstract: Serial criminals have always influenced, with great fascination, the imagination and thoughts of the general public. From the earliest eras of history, such criminal personalities, widely publicized at the time, were personalities that shocked and gave rise to reactions as diverse as possible within society. It has long been considered that a serial killer is a man who cannot satisfy his sadistic sexual instincts and resorts to crime in order to obtain satisfaction. It has been observed, however, that the trigger of the serial crime is much wider, therefore there is a vast typology of serial criminals, which we will discuss in detail in this article.

Keywords: *serial killers; psychopatology; profiling.*

How to cite: Huidu, A. (2019). The Psychopathology of Serial Killers. *Eastern-European Journal of Medical Humanities and Bioethics, 3*(1), 38-54. doi: 10.18662/eejmhb.19

Introducere

Există patru tipuri de criminali în serie, fiecărui tip corespunzându-i, de regulă, caracteristicile specifice unei anumite boli psihice: vizionarul este acel criminal în serie căruia i se comandă să ucidă de către vocile pe care le aude în mintea sa sau care ucide din cauza viziunilor pe care le are – acestei categorii îi sunt specifice crimele ritualice; misionarul este criminalul în serie al cărui motiv pentru a ucide este acela de a elimina din societate anumite persoane indezirabile (Damon & Wilson, 1994: 132-133); hedonistul este motivat de nevoia de confort; autoritarul este condus de nevoia de putere şi dominaţie (Pokel, 2000: 2). Întrebarea care se pune este ce anume îi determină pe aceşti criminali să ucidă, dacă este vorba despre predispoziţia biologică, influenţele sociale sau factorii psihologici.

Există autori (Giannangelo, 1996: 5) care neagă crima în serie pentru criminalii conduşi de motive materiale (susţinând că în acest caz crima este doar de natură incidentală) sau în ceea ce îi priveşte pe cei care comit actele criminale din motive ritualice (considerând că un criminal în serie ucide exclusiv pentru că aşa doreşte, nu pentru că este controlat mental de vreun cult). Ceea ce nu iau în considerare aceste teorii este faptul că în primul caz motivul nu este, însă, aşa cum s-ar putea crede, exclusiv de ordin material, ci are la bază şi alte nevoi nestăpânite pe care le resimte criminalul (Argeşanu, 1995: 111-113; Ştefănescu, 1992: 51-58), iar în al doilea caz apartenenţa ideologică la o anumită mişcare este doar catalizatorul care stârneşte activitatea criminală şi nu motivul pentru care persoana ucide.

În prezent se consideră că principala motivaţie care determină o persoană să devină criminal în serie este de natură patologică, aspect dovedit prin aceea că infractorul îşi alege în mod periodic o victimă care corespunde unui anumit tipar predeterminat – şi care îl ajută să îşi satisfacă nevoile – şi nu se poate opri din ucis până nu este oprit de organele de anchetă, atitudine care reprezintă manifestarea clară a unei boli, indiferent care ar fi ea (Heide & Keeney, 1995: 301).

I. Epilepticii

Epilepsia este o boală a sistemului nervos, caracterizată prin crize convulsive intermitente, însoţite de pierderea conştienţei, de halucinaţii şi alte tulburări psihice. O controversă existentă în lumea neuropsihiatriei privitoare la relaţia dintre epilepsie şi violenţă porneşte de la ideea că, în vreme ce unii specialişti (Shih, LeslieMazwi, Falcao, & Van Gerpen, 2009) afirmă că violenţa manifestă ar fi imposibilă în timpul unei crize, alţi autori

(Seigel, Thadani, Roberts, Rhodes, & Williamson, 2000) sunt de părere că pot apărea episoade de furie cauzate de activitatea electrică anormală din anumite structuri de profunzime ale creierului, chiar în timpul desfăşurării crizelor. Între atacuri, unii pacienţi suferind de epilepsie sunt neobişnuit de iritabili sau chiar paranoizi, iar în acest interval de timp pot avea loc unele accese de agresivitate. Oricare ar fi relaţia dintre crizele epileptice şi violenţă, boala în sine nu cauzează direct violenţă. În cazurile în care un criminal în serie suferă de această boală, s-a descoperit că invariabil există ceva în copilăria acestuia sau în preajma atacului violent care transformă iritabilitatea normală din timpul crizelor epileptice în agresivitate directă (Otnow Lewis, 2001: 119).

În literatura de specialitate din România (Scripcaru, Scripcaru, Boişteanu, Astărăstoaie, & Chiriţă, 2002: 200) se face diferenţa dintre crizele epileptice propriu-zise şi echivalenţele epileptice, considerându-se că în crizele epileptice de *grand mal* nu există posibilitatea comiterii unor acte criminale patologice, "în schimb în echivalenţele epileptice, riscul unor fapte patologice este major, datorită asocierii stării de confuzie mintală cu amnezia şi păstrarea automatismelor motorii" (Talau, 2015). Dintre toate formele de epilepsie, epilepsia temporală (lobul temporal este centrul afectivităţii, instinctualităţii şi memoriei) este încărcată cu un maximum de agresivitate, în raport direct cu gradul de aderenţă afectivă a bolnavului la o situaţie dată.

Paroxismele psihosenzoriale, datorită tulburărilor de conştienţă, sunt însoţite cu stări de vis, cu trăiri în stare imaginară şi cu înstrăinare, iar paroxismele afective se asociază cu anxietate, furie şi sexualitate pulsională. "Epilepsia temporală, ca o criză parţial-complexă sau psihomotorie, implică, deci, manifestări comportamentale psihosenzoriale (halucinaţii), tulburări de conştienţă (stare de vis), absenţă, automatisme psihomotorii şi crize vegetative, care au două caracteristici: pe de o parte, crizele sunt precedate de aura olfactivă, gustativă, aberaţii de cunoaştere (*déja-vu*, *jamais-vu*) şi *sham rage* afectiv, iar pe de altă parte, în criză se pierde contactul cu mediul exterior, dovadă fiind automatismele însoţite de amnezie" (Talau, 2015).

Actele de violenţă se consumă subit, nepremeditat – de obicei aceştia sunt criminalii care cer să fie opriţi, fie trimiţând scrisori poliţiei, fie lăsând mesaje la locul crimei -, cu conştiinţa obnubilată şi, deci, cu amnezie, automatic şi deseori "cu intensitate extremă, cu motivaţie legată de o frustrare afectivă şi nu rareori cu exprimarea prealabilă a intenţiei, dar cu consumarea actului în stare de tulburare a conştienţei" (Talau, 2015). Mai mult, bolnavul îşi umple golurile de memorie cu fapte imaginare sau sugerate. În aceste stări de echivalenţă epileptică ce prezintă confuzie, dar cu

păstrarea automatismelor motorii, se comit actele criminale, caracterizate prin aceea că sunt făcute la vedere, cu expunere la riscuri vitale, cu păstrarea de obiecte inutile aparţinând victimei, care sunt apoi abandonate, cu amnezia faptului comis şi descris ca o buimăceală, ca un act fără finalitate sau beneficiu. Frustrarea afectivă, confuzia mintală însoţită de amnezie, automatismele cu halucinaţii, falsele interpretări fac ca bolnavul, în stare de obnubilare, să fie cuprins de teamă şi de furie.

Aceste stări declanşează executarea actului criminal, care reprezintă o descărcare a surplusului de agresivitate şi afectivitate. Actele vor fi lipsite de premeditare, vor fi executate în stare crepusculară, automatic, vor avea un substrat de halucinaţii imperative şi deliruri mistice, vor lua forma unor atacuri bruşte, feroce, de descărcare motorie sub formă de raptus, cu nenumărate lovituri. Amnezia caracteristică confuziei epileptice poate lua forma falselor recunoaşteri şi a confabulaţiilor, iar sugestia, contenţia parţială a amintirilor şi imaginaţia patologică vor influenţa în mod evident toate mărturiile acestor criminali (Scripcaru et al., 2002: 201).

II. Schizofrenicii

Schizofrenia este o prihoză gravă, o disociaţie intrapsihică ce se caracterizează prin abulie, asociaţii anormale, afectivitate inversată, ambivalenţa judecăţilor, autism şi anhedonie, este precedată deseori de o caracteriopatie schizoidă cu viaţă psihică închisă, rece, opozantă, izolantă. În sindroamele discordante întâlnim trăiri psihice contradictorii, cum ar fi de dorinţă şi repulsie, de rigurozitate şi laxitate, de dragoste şi ură, între trăirile interne şi manifestările lor externe, între brutalitatea faptelor şi răceala afectivă faţă de ele, între anxietate şi indiferenţa pozată, între negativism şi agresivitate, toate ca expresie a ambivalenţei psihice acompaniată de bizarerii, detaşare psihică şi impenetrabilitate, cu impulsivitate şi violenţă nejustificată, intempestivă, cu pulsiuni sexuale aberante şi nestăpânite sau cu negativism (Scripcaru et al., 2002: 215).

Parafrenia este o formă a schizofreniei, ”o psihoză cu delir cronic halucinator sistematizat, ce se caracterizează prin structura paralogică a delirului de imaginaţie, coexistenţa unei realităţi fantastice cu realitatea obiectivă şi cu păstrarea nucleului personalităţii” (Talau, 2015). Parafrenia este un delir imaginativ ca o iluzie delirantă de a fi iubit şi care evoluează în trei faze: faza speranţei de a fi iubit, după care urmează o fază în care speranţa face loc ideii că trebuie să fii iubit şi, în sfârşit, faza în care iubirea nesatisfăcută duce la ură şi agresivitate de neînlăturat (Ştefănescu, 1992: 25-36).

III. Paranoicii

Paranoia sau nebunia lucidă constituie o dezvoltare delirantă a personalităţii pe fondul unei conştiinţe clare, caracterizată printr-o idee ireală, precum şi pe convingerea nestrămutată, imposibil de combătut prin argumentare logică, într-o idee falsă care devine ireductibilă. Paranoia este precedată, deci, de psihorigiditate în gândire, orgoliu şi supraestimare a eului, neîncredere, suspiciune şi bănuială. Astfel, stările delirante au ca mecanism de constituire o gândire intuitivă (bazată pe resentimente), alta interpretativă (bazată pe erori de judecată), halucinatorie (bazată pe percepţii false) sau imaginativă (bazată pe o exaltare psihică cu caracter fanatic) – de obicei aceştia sunt criminalii cu motiv mistic, ritualic. Delirul devine, în timp, ireductibil la argumente logice (demonstrând convingerea de nestrămutat a bolnavului în realitatea sa), halucinaţiile devenind uneori suportul interpretărilor delirante, iar comportamentul antisocial devine dependent, în gravitatea sa, de încărcătura afectivă a delirului (Scripcaru et al., 2002: 218).

Paranoia – sentimentul nejustificat că eşti ameninţat, jignit, dispreţuit – este probabil simptomul cel mai comun care determină acţiunile criminalilor în serie. Uneori criminalii reacţionează la ameninţări imaginare, crezându-se în legitimă apărare. Vocile pe care îşi închipuie că le aud îi îndeamnă să continue. Sunt cazuri în care suprapun pe figura victimei imaginea unor persoane din anturajul apropiat – mame incestuoase, taţi violenţi, fraţi zeflemitori. ”Episoadele maniacale sunt şi ele asociate cu violenţa extremă. Leziuni ale unor regiuni cerebrale pot conduce la aceste percepţii paranoide, la impulsivitate şi emoţii excesive, mai ales la furie. Odată declanşată criza, ucigaşii cu leziuni craniene nu se mai pot opri. Alcoolul poate contribui la pierderea controlului, exacerbând la unele persoane stările psihotice. Şi narcoticele pot duce la distorsionarea realităţii, accentuând paranoia şi precipitând stările de violenţă extremă” (Otnow Lewis, 2001: 15, 92).

Un alt simptom care a fost constatat la unii criminali în serie bolnavi de paranoia a fost tendinţa de epigonism (Damon & Wilson, 1994: 44-47), tendinţă care are la bază o admiraţie deosebită pentru aceste personalităţi macabre şi prin care persoana bolnavă ajunge să se identifice cu vreun mare şi mediatizat criminal, pe care doreşte să îl imite. Bolnavii declară că la scurt timp după ce au ajuns să admire criminalii în serie au început să ucidă, percepându-se pe ei înşişi ca nemaifiind oameni, ci alte tipuri de entităţi energetice.

Deşi este acceptat, în general, că odată ce un criminal în serie a început să ucidă, acesta nu mai poate fi oprit indiferent de tratamentul care i

s-ar aplica pentru o eventuală apreciere a stării sale de sănătate, aspectele la care am făcut referire ridică întrebarea dacă există o serie de comportamente care pot conduce la prezumţia că o persoană este un viitor criminal în serie şi, astfel, să faciliteze aplicarea, din timp, a unor tratamente care să dea rezultate, dacă nu de vindecare completă, cel puţin de ameliorare semnificativă a tendinţelor criminale. Astfel de comportamente posibil edificatoare au fost considerate următoarele: tendinţe sado-masochiste, fantezii sexuale cu tentă violentă, curiozitate nefirească faţă de fenomenul morţii, obsesia de a afla care este senzaţia pe care o poate resimţi o persoană în momentul în care ucide etc. (Reisner, McGee, & Noffsinger, 2003: 58, 63).

IV. Sociopaţii

Psihopatia este o dizarmonie de personalitate ce antrenează o dizarmonie individ-mediu, dezechilibru caracterizat prin păstrarea funcţiilor de cunoaştere, în contrast cu agenezia sentimentelor etico-sociale. Psihopatul este o persoană privată de integrarea valorilor etcio-sociale în structura sa şi, implicit, în comportament, şi care se caracterizează printr-un risc accentuat de periculozitate socială. Prin absenţa sentimentelor etico-sociale ca expresie a tulburării conştiinţei moral-sociale, psihopatia a mai fost denumită şi sociopatie. Sociopatia se caracterizează prin cinci trăsături esenţiale: inemotivitate, insensibilitate, inafectivitate, inintimidabilitate, impulsivitate.

Caracteristicile sociopatiei sunt următoarele: impulsivitatea sau prevalenţa instinctivă în motivarea actelor; absenţa sentimentelor de culpă, în locul cărora sociopatul plasează regretul de a nu fi făcut mai rău; absenţa empatiei, adică absenţa faptului de a simţi ceea ce simt şi alţii, datorită insensibilităţii şi indiferenţei sale afective; egofilia şi efortul de obţinere, pe orice cale, a plăcerii proprii, prin egocentrismul instalat consecutiv carenţei afective din copilărie, sociopatia apărând ca o adevărată maladie a narcisismului; lipsa remuşcărilor faţă de faptele negative proprii, lipsă ce aduce incapacitatea de a învăţa din experienţa proprie de viaţă; lipsa simţului de responsabilitate, ce aduce caracterul incoercibil al faptelor antisociale; toleranţa scăzută sau lipsa de toleranţă la frustrare, fapt ce generează agresivitatea; malignitatea premeditării, frecvent datorată păstrării funcţiilor de cunoaştere, care duc la pregătirea cu minuţiozitate a actelor antisociale; satisfacerea rapidă a pulsiunilor; duritate comportamentală ce ascunde lipsa de afectivitate; lipsa conflictelor interne cu proiectare a eului asupra altora şi psihopatizarea anturajului; psihoplasticitate, ce aduce o exteriorizare stridentă a trăirilor proprii prin tatuaje şi autovătămări; scăderea controlului de sine,

consecutiv căutării şi acceptării unei plăceri pe termen scurt; lipsa angoaselor în faţa anomaliilor şi eşecurilor comportamentale; înclinaţia către perversiune şi sexopatie, consecutiv nepăsării morale; recidiva discomportamentală frecventă, deci antisocialitate prin perversiune şi nepăsare morală (Scripcaru et al., 2002: 220-221).

Personalitatea antisocială nu este, în mod obligatoriu, rezultatul unor disfuncţii la nivel cognitiv, mental, voliţional sau emoţional, ci apare în primul rând datorită unei lipse de acceptare a normelor etico-sociale sau a existenţei unor valori diferite la nivelul mediului de cultură din care provine persoana (Palermo & Knudten, 1994: 4). Personalitatea antisocială a fost caracterizată drept o disfuncţie de natură psihologică pornind de la definiţia dată disfuncţiei, în sensul că aceasta reprezintă suma unor comportamente aberante, exagerate sau anormale, care grevează personalitatea unui om şi care nu pot fi remediate, corectate ori inhibate prin introducerea acelei persoane într-un mediu nou, fără factori nocivi (McKenzie, 1995: 4).

În esenţă, marea majoritate a criminalilor în serie au fost, înainte să îşi înceapă „cariera" criminală, persoane nesigure, inadaptabile, care se simţeau a fi în inferioritate, de unde teama de a nu fi respinşi. Toate aceste sentimente au condus la formarea unui sentiment de ostilitate intensă, sentiment, care în mare parte e reprimat, în mod inconştient, pe parcursul întregii vieţi. În anumite cazuri, persoanele sunt consumatoare de alcool sau droguri, au preocupări sadice – cum ar fi preferinţa pentru disecţiile pe animale – etc. În momentul în care reprimarea nu mai funcţionează, începe manifestarea comportamentului criminal. Sociopaţii sunt caracterizaţi prin conflicte emoţionale interioare deosebit de puternice, care le afectează structura personalităţii, de cele mai multe ori persoana fiind refractară la orice tratament medicamentos pentru menţinerea sub control a stărilor (Palermo & Knudten, 1994: 11-12).

Ieşirea din adolescenţă şi intrarea în maturitate – 18 ani – este momentul care metamorfozează deviaţia de comportament – diagnostic pus copiilor şi adolescenţilor care nu sunt identificaţi a suferi de boli psihice mai grave, cum ar fi paranoia sau schizofrenia – în disfuncţie de personalitate antisocială, ceea ce se mai numeşte şi personalitate sociopată. Simptomele rămân aceleaşi: halucinaţii paranoide, depresii, furii maniacale. Pentru a fi diagnosticat ca având deviaţie de comportament, un copil trebuie să manifeste trei sau patru dintre tipurile de comportament inoportun încadrate într-o listă de 12. Astfel, un copil care fură, minte, fuge de acasă, incendiază obiecte, chinuie animale, are probleme de identificare sexuală de gen sau alte asemenea suferă de o deviaţie de comportament.

Când copilul creşte şi devine adult, dacă este, în continuare, agresiv, fură, nu are capacitatea psihologică de a-şi asuma întreţinerea unei familii, nu poate păstra un loc de muncă, este retras şi suspicios în permanenţă, comite fapte antisociale, atunci diagnosticul care i se pune este disfuncţie de personalitate antisocială. Părinţii multor criminali în serie sociopaţi sunt la rândul lor sociopaţi, au probleme cu alcoolul sau drogurile şi prezintă un comportament antisocial, iresponsabili, fiind incapabili să îşi educe copii, mulţi au cazier, percep în mod eronat rolul disciplinator al părintelui şi aplică prea des şi prea sever pedepse aspre, uneori torturi (Otnow Lewis, 2001: 63-64).

În multe cazuri, criminalul în serie dă dovadă de o inteligenţă peste medie şi chiar se remarcă ca fiind un membru deosebit de conformist al societăţii, problemele apărând atunci când persoana nu îşi mai poate controla incapacitatea de empatie, nevoia de a domina cu orice preţ, sentimentul de omnipotenţă şi refuzul de a accepta limitele impuse de lege şi societate (Koren, n.d.).

Incapacitatea de empatie faţă de victimă reflectă, din punct de vedere neurologic, existenţa unor discontinuităţi neuroanatomice, care împiedică acele persoane să îşi controleze agresivitatea. Astfel de probleme de natură neurologică pot apărea dacă persoana a suferit lovituri în zona capului ca urmare a vreunui accident sau a unor lovituri primite de la alte persoane. Leziunile căilor dintre lobii frontali şi restul sistemului nervos central, dintre regiunile cerebrale autoreflexive şi cele instinctuale contribuie la violenţa episodică. Când există leziuni între cortex şi restul creierului, dar cu centrii cerebrali inferiori rămaşi intacţi, persoana poate părea absolut normală, în schimb răspunsul său la stimuli care în mod normal provoacă doar disconfort sau iritare nu va mai fi moderat de cortexul frontal.

Persoana va deveni, deci, deosebit de agresivă. Sistemul limbic (acea parte a creierului pe care omul o are în comun cu animalele preistorice) este, practic, scăpat de sub controlul cortical superior (Otnow Lewis, 2001: 102-203). Cea mai mică cicatrice prezentă la nivelul creierului, chist sau formaţiune tumorală, în anumite circumstanţe, provoacă o activitate electrică anormală şi, prin urmare, importante leziuni cerebrale. Activitatea electrică anormală în partea anterioară a lobului temporal a fost asociată cu unele comportamente bizare, de natură animalică (Otnow Lewis, 2001: 206).

O categorie aparte de sociopaţi sunt narcisiştii (Ştefănescu, 1992: 141), a căror personalitate criminală se manifestă prin inadaptabilitate socială, agresiune nestăpânită, sadism egocentrat, absenţa conştiinţei, nevoia imperioasă de a fi remarcat şi de a avea putere, precum şi manifestări paranoide în relaţiile interpersonale (Pollock, 1995: 258). Criminalii în serie

sunt, prin excelenţă, egocentrişti. Doresc să li se ofere atenţie şi savurează teroarea pe care o stârnesc în rândul comunităţii. Tocmai din acest motiv, în societatea modernă presa constituie un factor motivant pentru aceste personalităţi criminale, un element care le acordă celebritatea pe care o doresc atât de mult, care le oferă senzaţiile pe care le urmăresc atunci când ucid, amplificate de fiecare dată când presa prezintă ştirea sau reacţii de teamă din partea societăţii. Unii criminali în serie, nedobândind atenţia pe care o doreau din partea comunităţii, au trimis scrisori poliţiei sau chiar ziarelor locale (Ştefănescu, 1992: 69-85). Din aceste motive, ancheta penală în cazul unui criminal în serie care îşi întreţine impulsurile criminale prin urmărirea reacţiilor din presă ar trebui să se desfăşoare, prin excelenţă, într-un cadru închis, care să asigure o cât mai mică expunere publică (Liebert, 1985: 188).

Criminalii în serie sociopaţi au, de regulă, vârste cuprinse între 30 şi 50 de ani, numărul persoanelor până în 18 ani şi peste 60 de ani fiind destul de redus deoarece cei cu vârsta de 30 – 50 de ani sunt mai des implicaţi în conflicte psihologice interioare grave. Criminalii sociopaţi sunt, în primul rând, bărbaţi, deoarece aceştia sunt mai tentaţi decât femeile să îşi rezolve stările conflictuale prin forţă. Dar dacă femeile cu tendinţe sociopate recurg la crimă, modus operandi este de multe ori mai rafinat, mai ingenios, dar în acelaşi timp şi mai chinuitor pentru victimă decât în cazul bărbaţilor (Iacobuţă, 1995: 18-19).

Specifice criminalilor în serie sociopaţi sunt crimele cu mobil sexual. Literatura psihologică de *profiling* (Kocsis, Cooksey, & Irwin, 2002: 532) a stabilit existenţa a patru categorii de crime în serie care au ca scop satisfacerea impulsurilor sexuale: predatorii (victimele sunt alese în funcţie de anumite caracteristici fizice, sunt urmărite pe parcursul a câteva zile, criminalul dorind să se familiarizeze cu aspecte particulare din viaţa lor), furioşii (sunt de obicei bărbaţi cu trăsături fizice plăcute, atrăgători, carismatici, care intră în contact cu victima la petreceri sau în baruri ori cluburi, victima îi însoţeşte de bună-voie şi chiar consimte la actul sexual, dar apoi acesta degenerează în violenţe şi perversiuni, iar victima este ucisă), perverşii (îşi aleg victimele dintre persoane retrase, prostituate, vagabonzi, sunt incapabili de a întreţine raporturi sexuale normale, ating punctul culminant al actului sexual doar în momentul când ucid victima, de multe ori se dedau la necrofilie), violatorii (atacul porneşte cu simpla intenţie de a viola, dar criminalul este obsedat de control, iar dacă victima nu îi hrăneşte nevoia de control, este ucisă pentru a i se demonstra că acel control există, chiar dacă victima nu doreşte, iniţial, să îl recunoască). Criminalii în serie cu mobil sexual manifestă, în timpul comiterii crimelor, stări disociative,

detaşându-se emoţional de realitatea înconjurătoare şi menţinând doar un contact fizic cu exteriorul.

Comportamentele disociative iau forma fanteziilor deviante şi a excitaţiei pe temeiuri nefireşti, uneori sunt similare cu transele hipnotice, mai ales atunci când criminalul se apropie de finalul actului sexual, iar concentrarea sa este complet absorbită de savurarea actului criminal. Atenţia sa la evenimentele imediate este suspendată temporar (Carich, Fisher, & Kohut, 2006). Aceştia nu simt faţă de victimele lor nici un fel de vină, ba, mai mult, au tendinţa de a se distanţa psihic de suferinţa acestora, ceea ce anihilează orice remuşcări ulterioare. Toate sentimentele lor sunt subminate de senzaţia de autosuficienţă, care, la rândul ei, este determinată de un egocentrism extrem (Morrison, Goldberg, & Collins, 2004: 49). Se consideră că (Scott, 2003) cei mai sadici criminali în serie sunt cei care simt nevoia să îşi reafirme masculinitatea, care le-a fost pusă sub semnul întrebării de anumite evenimente din decursul vieţii, ucigând pentru a-şi ucide propria insecuritate sau pentru a ucide femeia din ei.

Calitatea actului criminal urmează o pantă ascendentă până la un punct la care inteligenţa criminală a acestor infractori se confruntă cu propriile limite, astfel încât din acel moment intervine o fază de platou. În acest moment intervine sentimentul exacerbat al puterii neînvinse. Infractorul are senzaţia că atât timp cât organele judiciare nu au reuşit să îi descopere identitatea prin cercetările efectuate asupra omorurilor trecute, acestea nu vor reuşi acest lucru nici în viitor, făcând o paralelă eronată între numărul victimelor şi incapacitatea autorităţilor de a-l prinde, considerând că va fi descoperit cu atât mai greu cu cât va ucide mai multe victime. Acest sentiment exacerbat de siguranţă duce la o atitudine neglijentă, îl determină să comită greşeli de operare, ceea ce furnizează indicii valoroase, care ajută la descoperirea lui (Morrison & Goldberg, 2004: 67).

V. Personalităţile multiple

Persoanele care suferă de personalitate multiplă prezintă exact aceleaşi simptome ca şi epilepticii – senzaţii ciudate în stomac, mirosuri stranii, inexplicabile accese de anxietate, transă, amnezie – fără a avea, totuşi, epilepsie. "Halucinaţiile auditive de tipul vocilor care vorbesc între ele şi, mai ales, îi spun pacientului ce să facă, reprezintă un probabil simptom al schizofreniei" (Otnow Lewis, 2001). În plus, pacientul se simte controlat de forţe exterioare.

Unii autori (Mitchell, 1990: 22) consideră personalitatea multiplă ca o formă a schizofreniei, prin aceea că văd ca şi esenţă a dublei personalităţi

incapacitatea bolnavului de a–şi integra gândurile, sentimentele şi experienţele pe care le trăieşte în viaţa psihologică conştientă, depersonalizarea putând reprezenta şi o formă a stresului posttraumatic (care apare atunci când criminalul conştientizează că a comis o faptă extrem de gravă. Până în urmă cu aproximativ 20 de ani, marea majoritate a pacienţilor cu simptome psihotice de tipul iluziilor şi halucinaţiilor erau diagnosticaţi cu schizofrenie. Astăzi, se recunoaşte că există o multitudine de tulburări psihice în care pacientul poate suferi de iluzii şi halucinaţii: episoade maniacale, depresii, reacţii toxice, sindroame organice – aproape orice disfuncţie psihică gravă, inclusiv personalitatea multiplă, se poate manifesta prin aceste simptome (Otnow Lewis, 2001: 56-57).

Personalităţile complementare violente sunt, de obicei, reprezentante ale răului. Ele sunt în multe cazuri personaje formate în mintea unor persoane care în copilărie au suferit diverse traume sau maltratări, pentru a le prelua suferinţa şi a-i apăra împotriva duşmanilor reali sau imaginari. Ele personifică puterea, curajul şi voinţa necesare unui copil aflat într-o astfel de situaţie pentru a supravieţui şi tot ele păstrează, de asemenea, amintirile. De obicei, acest „ocrotitor" este cel care săvârşeşte crimele, sau cel care torturează psihic cealaltă personalitate şi o obligă să le săvârşească ea, pentru a dovedi că are şi ea curaj sau pentru a nu suferi repercursiunile din partea „ocrotitorului" (Otnow Lewis, 2001: 142-147).

O parte dintre cei cu personalitate multiplă ajung să savureze durerea. Foarte mulţi au perpetuat la maturitate tipul de experienţe chinuitoare pe care le-au suferit în copilărie. Nevoia de a proiecta aceste suferinţe asupra celorlalţi duce la activarea activităţii criminale (Otnow Lewis, 2001: 183-184). Anumiţi factori din mediul în care viitorul criminal în serie a crescut ca şi copil au avut rolul de catalizatori care au determinat exagerarea anumitor comportamente ale copilului în cauză şi au dus la exagerarea unor trăsături de personalitate astfel încât, la maturitate, în prezenţa unor alţi factori, de această dată dezinhibitorii, aceste tendinţe exagerate le scapă de sub control (McKenzie, 1995: 3).

V. Criminalii în serie care nu prezintă simptomele specifice unei boli psihice

Se pune întrebarea dacă violenţa extremă, care conduce la uciderea în serie altor persoane, poate fi o manifestare a unei personalităţi normale, nepatologice. Răspunsul este important pentru a determina responsabilitatea penală. Tendinţa este de a declara ca suferind de tulburări psihice o persoană care, spre exemplu, comite acte de canibalism. De cele mai multe ori este

dificil pentru examinator să determine ce procent din agresivitatea criminalilor în serie provine dintr-o predispoziţie către schizofrenie şi episoade maniacale, cât este rezultatul unor leziuni cerebrale şi cât are drept cauză evoluţia într-un mediu familial violent şi alienant. Cei mai mulţi dintre cei care suferă de boli psihice grave nu comit crime. Unii dintre criminali au fost şi maltrataţi în copilărie. Dar mulţi dintre copiii maltrataţi nu încep să ucidă. Faptul că unora dintre criminalii în serie nu li se poate pune un diagnostic psihiatric precis dovedeşte că modul în care vulnerabilităţile de natură neuropsihică interacţionează cu evenimentele exterioare din viaţa unei persoane pot duce în cele din urmă la o explozie de furie, care se manifestă prin uciderea deliberată a unei alte persoane.

Neurologia vine în sprijinul psihologilor şi a psihiatrilor, ajutându-i să stabilească un diagnostic corect prin efectuarea unei legături între comportamentul individului şi eventualele leziuni cerebrale pe care le prezintă acesta. Pentru diagnosticarea unui pacient, neurologia operează cu două categorii de semne: semnele puternice şi semnele slabe. Semnele puternice sunt concludente şi pot fi demonstrate cu uşurinţă, indicând adesea leziuni cerebrale strict localizate. "Persoana nu poate mişca un membru, nu simte nimic într-o anumită parte a corpului, investigaţia cerebrală prin rezonanţă magnetică arată o aglomerare tumorală în creier, electroencefalograma demonstrează o activitate cerebrală anormală etc. Cu alte cuvinte, există dovezi clare ale leziunilor organice. Şi unele semne slabe, precum anumite reflexe anormale, mişcări ciudate ale mâinilor, probleme de coordonare pot indica afecţiuni severe. La persoanele cu semne slabe se pot identifica uneori mici hemoragii răspândite pe toată suprafaţa creierului. În mod asemănător, unei persoane cu probleme psihice i se pot descoperi o multitudine de simptome, inclusiv halucinaţii, iluzii ori ciudate senzaţii de posedare, toate găsindu-se în cele mai severe cazuri psihotice şi, totuşi, aceste simptome, ca semne slabe, să nu poată fi localizate în creier sau separate biochimic prin teste de laborator" (Otnow Lewis, 2001: 101).

Prin urmare, când nu există semne puternice din punct de vedere neurologic, din motiv că semnele slabe sunt neconcludente, de cele mai multe ori rezultatul expertizei psihiatrice va fi că nu există dovezi ale prezenţei vreunei boli psihice.

Există şi autori (Pokel, 2000: 8) care văd în sociopatie mai mult o manifestare a demonicului din oameni decât o boală psihică, considerând că, atât timp cât aceşti criminali nu suferă de halucinaţii şi iluzii auditive, crimele lor sunt bolnăvicioase dar nu sunt actele unor persoane bolnave, indiferent dacă definim boala în sens juridic sau în sens medical. Sociopaţii sunt doar persoane lipsite de control intern, vinovăţie sau conştiinţa propriului exces

comportamental, fiind împinşi să ucidă de nevoia de a-i controla şi domina pe cei din jur. Cu siguranţă pot face diferenţa dintre bine şi rău, cu siguranţă realizează că au comis un act abominabil, dar pur şi simplu nu le pasă atât timp cât ei se simt bine. Prin urmare, aceşti criminali în serie trebuie declaraţi demonici, dar nu bolnavi psihic. Alţi teoreticieni (Pollock, 1995: 258) au avansat chiar ideea că predispoziţia spre violenţă extremă nu ar trebui privită ca şi manifestare a unei boli, ci mai degrabă ca un aspect al modului în care se manifestă personalitatea anumitor oameni. Prin urmare, ei au susţinut că motivaţia pentru a comite crime în serie ţine de una sau mai multe caracteristici definitorii ale structurii personalităţii unui individ, iar tentaţia către agresivitate trebuie explicată plecând de la noţiunea de personalitate şi nu de la cea de boală psihică. Acest punct de vedere este susţinut, consideră aceşti autori, şi de faptul că uneori, chiar şi în cazurile cele mai evidente de boli psihice, nu se poate determina cu exactitate motivul pentru care persoana a început să ucidă, deşi este evident pentru psihiatru că în mintea acesteia motivele sunt extrem de clar determinate.

Cu toate acestea, în fapt, o asemenea boală ar putea fi prezentă. Atunci când încadrarea unui criminal în serie într-o anumită categorie de bolnavi psihic este imposibilă, inclusiv mobilul criminal este greu de determinat. Formularea de către psihologi a tipologiei criminalilor în serie, tipologie care se bazează pe evaluarea tabloului final al crimei – pentru a putea opera o încadrare – este o modalitate prin care se compensează, parţial, acest deficit – spre exemplu, dacă victimele sunt agresate sexual, se poate bănui că infractorul este un autoritar sociopat (Keppel & Walter, 1999: 417-418).

În ceea ce îi priveşte pe criminalii în serie cu mobil sexual care întreţin raporturi sexuale cu victimele după uciderea acestora, există o controversă cu privire la faptul dacă această tendinţă ar trebui să fie considerată o manifestare psihotică distinctă sau doar – opinia clasică – o simplă manifestare sadică a inadaptării de gen. Dacă ar fi adoptat primul punct de vedere, ar însemna ca persoana care ucide să nu aibă discernământ la data comiterii faptei, deoarece nevoia impulsivă necrofilică nu îi mai permite să facă diferenţa dintre bine şi rău. Opinia clasică, în conformitate cu care discernământul este prezent, are la bază capacitatea criminalului de a-şi plănui atacul, de a evita riscurile şi de a aştepta lungi perioade de timp între crime, de unde reiese că acel comportament nu este unul impulsiv de natură psihotică, prin urmare de neînlăturat, ci doar o manifestare sadică rezultată din incapacitatea persoanei de a se adapta exigenţelor sociale ale propriului gen, ale propriei sexualităţi.

Chiar în afara profilului criminalului în serie cu mobil sexual, mulţi criminali în serie dovedesc că sunt capabili şi chiar îşi cunosc şi îşi înţeleg propriile porniri, trăiri şi sentimente, sunt în stare să le analizeze şi să le judece, îşi programează activitatea criminală în funcţie de concluziile pe care le trag de pe urma acestei judecăţi şi îşi urmăresc planul în mod minuţios şi controlat. Această modalitate de a acţiona şi de a gândi este specifică persoanelor sănătoase psihic (Palermo & Knudten, 1994: 12).

În ceea ce îi priveşte pe criminalii în serie, opinia publică s-a manifestat de multe ori împotriva declarării acestora ca şi persoane ce suferă de boli psihice, impresia generală fiind aceea că în acest mod criminalul în cauză va eluda rigorile pedepsei. Reticenţa de a declara anumiţi criminali în serie bolnavi psihic este dată de efectele pe care o astfel de caracterizare le are din punct de vedere juridic, anume aceea că persoana în cauză este considerată ca fiind lipsită de discernământ. Acest gen de verdict conferă familiilor victimelor şi societăţii în general un sentiment justificabil de revoltă, deoarece pare justă soluţia proclamării vinovăţiei, deci a caracterului abominabil şi complet nejustificat al crimelor comise. De aceea, unii autori au propus sintagma „vinovat dar bolnav psihic" (Palermo & Knudten, 1994: 14), expresie care, consideră ei, are potenţialul de a fi mai exactă şi mai corectă din punct de vedere moral. Acest mod de abordare este, însă, imposibil din punct de vedere juridic, deoarece ar însemna să se modifice statutul iresponsabilităţii dintr-o cauză care înlătură caracterul penal al faptei (cu toate motivaţiile evidente, şi anume că nimeni nu poate fi învinovăţit pentru o faptă pe care a săvârşit-o fără vinovăţie, din cauză că la momentul respectiv, fie din cauza alienaţiei mintale, fie din alte cauze, făptuitorul nu putea să îşi dea seama de consecinţele acţiunilor sau inacţiunilor sale, ori nu putea fi stăpân pe ele) într-o cauză de nepedepsire – fapta menţinându-şi, în continuare, caracterul penal.

Concluzii

Personalitatea umană este atât de complexă, iar tipologiile criminalilor în serie sunt complexe prin excelenţă, încât este extrem de dificil să se stabilească o serie de canoane fixe în care să fie constrânse să se încadreze toate personalităţile criminale. Dar dacă acest lucru este mai puţin posibil, studiile aprofundate au, cu siguranţă, capacitatea de a ajuta la descoperirea cu celeritate a acestor persoane şi la prevenirea apariţiei unor astfel de personalităţi criminale, prin detectarea precoce a simptomelor ce anunţă pe viitorul criminal în serie.

Sociopatia nu este unanim acceptată ca fiind o boală psihică, nefiind catalogată ca atare în până la apariţia celei de a V-a ediţii a Manualului de diagnostic şi clasificare statistică a tulburărilor mintale (DSM V) a Asociaţiei Americane de Psihiatrie (APA, 2013), care a definit tulburarea de personalitate antisocială (*antisocial personality disorder*). De cealaltă parte, există o reticenţă în a declara iresponsabilitatea penală pe baza unei boli psihice, atunci când societatea, în cazurile de crimă în serie, cere ferm pedepsirea vinovatului.

Unele boli psihice prezintă simptomatologie comună, alteori bolnavii suferă de un cumul de astfel de boli, iar în unele situaţii nu se poate indica cu certitudine prezenţa unei boli psihice. Toate acestea îngreunează realizarea unui profil psihologic care să conducă, în primul rând, la prevenţia apariţiei unor astfel de cazuri, dar şi la prinderea unora dintre criminalii "activi" înainte de a comite mai multe omoruri.

Activitatea de *profiling* prezintă avantaje incontestabile în ancheta penală, tot astfel cum expertiza psihiatrică este instrumentul ştiinţific care poate declara iresponsabilitatea, şi tocmai din acest motiv este atât de importantă determinarea elementelor specifice pe care afecţiunile psihiatrice le prezintă în cazul criminalilor în serie comparativ cu persoanele care nu comit astfel de fapte antisociale.

Acknowledgement

Această lucrare a fost elaborată în cadrul cercetării doctorale cu tema „Acceptabilitatea socială şi bioetică a tehnicilor conexe reproducerii umane asistate medical în România", realizată în cadrul şi cu finanţarea prin bursă doctorală a Şcolii Doctorale de Sociologie a Universităţii din Oradea, România. Cercetarea doctorală este efectuată în cotutelă cu Universitatea de Medicină şi Farmacie „Grigore T. Popa" din Iaşi, România.

References

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM V)*. Washington, USA: American Psychiatric Association Publications.

Argeşanu, I. (1995). *Violatori şi homosexuali ucigaşi: cazuri judiciare prezentate de un procuror criminalist* [Rapists and homosexual killers: court cases presented by a criminal prosecutor]. Bucharest, Romania: Oscar Print.

Carich, M. S., Fisher, D., & Kohut, M. R. (2006). Sexual murder and sexual serial killers: Towards a mind-body developmental theory. Retrieved from https://www.semanticscholar.org/paper/SEXUAL-MURDER-AND-

SEXUAL-SERIAL-KILLERS-%3A-TOWARDS-A-Carich-Ph./6c091033da0c87194e0fd3e9a21b4d68fff60524

Damon, C., & Wilson, R. (1994). *Crime neelucidate* [Unsolved crimes]. Iaşi, Romania: Contact Internaţional.

Giannangelo, S. J. (1996). *The psychopatology of serial murder: A theory of violence*, London, UK: Praeger.

Heide, K. M., & Keeney, B. (1995). Serial murder: A more accurate and inclusive definition. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *39*(4), 299-306. doi:10.1177/0306624x9503900402

Iacobuţă, I. A. (1995). *Radiografia crimei* [Radiography of crime]. Iaşi, Romania: Graphix.

Keppel, R. D., & Walter, R. (1999). Profiling killers: A revised classification model for understanding sexual murder. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *43*(5), 532-554. doi:10.1177/0306624x99434002

Kocsis, R. N., Cooksey, R. W., & Irwin, H. J. (2002). Psychological profiling of sexual murders: An empirical model. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 46, 2002. doi:10.1177/030662402236739

Koren, A. (n.d.). Handwritting analysis of serial killers. Retrieved from http://www.annakoren.com/handwriting-analysis-of-serial-killers.html

McKenzie, C. (1995). A study of serial murder. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 39(1), 3-10. doi:10.1177/0306624x9503900102

Mitchell, E. W. (1990). *The aetiology of serial murder: Towards an integrated model.* Cambridge, UK: University of Cambridge.

Morrison, H., & Goldberg, H. (2004). *My life among serial killers*. New York, USA: Harper Collins Publishers Inc.

Otnow Lewis, D. O. (2001). *Vinovaţi de demenţă* [Guilty of dementia]. Bucharest, Romania: Allfa.

Palermo, G. B., & Knudten, R. D. (1994). The insanity plea in the case of a serial killer. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 38(1), 3-16. doi:10.1177/0306624x9403800102

Pokel, C. A. (2000). *A critical analysis of research related to the criminal mind of serial killers*. Menomonie, USA: University of Wisconsin-Stout.

Pollock, P. H. (1995). A case of spree serial murder with suggested diagnostic opinions. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *39*(3), 258-268. doi:10.1177/0306624x9503900306

Reisner, A. D., McGee, M., & Noffsinger, S. G. (2003). The impatient evaluation and treatment of a self-professed budding serial killer. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *47*(1), 58-70. doi:10.1177/0306624x02239275

Scott, S. L. (2003).What makes serial killers tick?.Retrieved from https://nanopdf.com/download/what-makes-serial-killers-tick-5aed79572321c_pdf

Scripcaru, G., Boişteanu, P., Astărăstoae, V., Chiriţă, V., & Scripcaru, C. (2002). *Psihiatrie medico-legală*. Iaşi, Romania: Polirom.

Seigel, A. M., Thadani, V. M., Roberts, D. W., Rhodes, H. C., & Williamson, P. D. (2000). Intractable seizures of frontal lobe origin: clinical characteristics, localizing signs, and results of surgery. *Epilepsia, 41*(9), 1139–1152. doi:10.1111/j.1528-1157.2000.tb00319.x

Shih, J. J., LeslieMazwi, T., Falcao, G., & Van Gerpen, J. (2009). Directed aggressive behavior in frontal lobe epilepsy: A video-eeg and ictal spect case study. *Neurology, 73*(21), 1804–1806. doi:10.1212/wnl.0b013e3181c2933f

Ştefănescu, P. (1992). *Îngerii morţii* [Angels of death]. Bucharest, Romania: Orizonturi.

Talau, G. (2015). Expertiza medico-legală psihiatrică [Forensic psychiatric expertise]. Retrieved from https://documents.tips/documents/expertiza-medico-legala-psihiatrica1.html