

## CRIMINAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

**Valentina Talevska**

Demir Hisar Psychiatric Hospital, R.N. Macedonia, [talevskav@yahoo.com](mailto:talevskav@yahoo.com)

**Angela Talevska**

Faculty of Medicine, University of St. Cyril and Methodius, Skopje, R.N. Macedonia  
[talevska777@gmail.com](mailto:talevska777@gmail.com)

**Abstract:** The study group consisted of subjects hospitalized for a period of one year with recurrence of criminogenicity. The control group had no recurrence of criminogenicity. All were treated at the Psychiatric Hospital in Demir Hisar, R. Macedonia. Objectives: We examined the risk of recurrence of criminogenicity in patients with criminogenic behavior in the study and control groups. We established a link between recurrence of criminogenicity and diagnostic entities according to the ICD-10 classification. Based on the test for the diagnostic feature, the age and duration of the first hospitalization are not statistically significant in the group of cases and controls. Based on the average age, patients in the control group committed their first crime in older age in relation to the respondents in the case group. According to the average age, patients in EG and KG differ significantly ( $p = 0.0001$ ). Patients in EG and KG according to the average duration of the first hospitalization in 1. and from 1.-3. months are statistically significantly different. Patients in EG are hospitalized significantly earlier according to the court. Mann-Whitney's U-test revealed a statistically significant difference in EG and KG according to age at the first hospitalization and the duration of the first hospitalization. Criminogenic behavior is more common in men than in women. Based on the age in KG, the respondents who committed their first crime in old age in relation to the respondents in EG, which indicates that younger patients are more likely to have a recurrence of criminogenicity. Patients diagnosed with personality disorders have a high risk of criminogenicity. The comorbidity of the diagnosis of personality disorders and the use of alcohol or drugs, as well as patients with the diagnosis (F10 and F60-69) and (F11-19 and F60 -69) significantly increase the risk and speed of further violations and recurrence of criminogenicity. The longer patients with a recurrence of criminogenicity are hospitalized in a psychiatric institution, the more frequent recurrences of criminogenicity are, which indicates that the length of hospitalization affects the recurrence of criminogenicity. The results were of great importance in the care of forensic patients in special mental health centers.

**Keywords:** psychiatric patients, recurrence of criminogenicity, forensic mental health centers.

## КРИМИНОГЕНО ПОНАШАЊЕ КОД БОЛЕСНИКА СА МЕНТАЛНИМ ПОРЕМЕЋАЈИМА

**Валентина Талевска**

Психијатриска болница Демир Хисар, Р.С.Македонија, [talevskav@yahoo.com](mailto:talevskav@yahoo.com)

**Ангела Талевска**

Медицински факултет, Универзитет Св Кирил и Методиј, Скопје, Р.С.Македонија  
[talevska777@gmail.com](mailto:talevska777@gmail.com)

**АБСТРАКТ:** Испитивану групу сачињавали су испитаници хоспитализовани у периоду од годину дана са рецидивом криминогености. Контролна група је била без рецидива криминогености. Сви су лечени у Психијатриској болници у Демир Хисару, Р. Македонија. Циљеви: Испитали смо ризик од рецидива криминогености код пацијената са криминогеним понашањем у испитиваној и у контролној групи. Утврдили смо везу између рецидива криминогености и дијагностичких ентитета по ИЦД-10 класификацији. На основу  $\chi^2$  теста за дијагностичко обележје, животна доба и дужина трајања прве хоспитализације статистички нису значајне у групи случаја и контроле. На основу просечног животног доба пацијенти у групи контроле су у старијем животном добу извршили своје прво кривично дело у односу на испитанике у групи случаја. Према просечном животном добу пацијенти у ЕГ и КГ се значајно разликују ( $p = 0.0001$ ). Пацијенти у ЕГ и КГ према просечном трајању прве хоспитализације у 1. и од 1.-3. месеца се статистички значајно разликују. Пацијенти у ЕГ значајно раније бивају хоспитализовани според суда. Ман-Витнијев U-тест је открио статистичку значајну разлику у ЕГ и КГ според узраста при првој хоспитализацији и у дужини трајања прве хоспитализације. Криминогено понашање чешће се јавља код мушкараца него код жена. На

основу животног доба у КГ су испитаници који су у старијем узрасту извршили своје прво кривично дело у односу на испитанике у ЕГ што указује на то да пацијенти млађег узраста чешће чине рецидив криминогености. Пацијенти са дијагнозом поремећаја личности имају високи ризик од појаве криминогености. Коморбидитет дијагнозе поремећаја личности и употреба алкохола или дроге, као и пацијенти са дијагнозом (F10 и F60-69) и (F11-19 и F60 -69) значајно подижу ризик и брзину даљих прекршаја и рецидив криминогености. Што су пацијенти са рецидивом криминогености дуже хоспитализирани у психијатријску установу, то су чешћи рецидиви криминогености, што указује да дужина хоспитализације утиче на рецидив криминогености. Резултати су имали велики значај при збрињавању форензичких пацијената у посебним центрима за ментално здравље.

**Кључне речи:** психијатријски пацијенти, рецидив криминогености, форензички центри менталног здравља.

## 1. УВОД

У овом раду задржаћемо се на деинституционализацији, укидању менталних болничких кревета у установама за менталне болести и на увођењу иницијатива које ће имплементирати здравствене реформе, укључујући и оне које се тичу форензичких пацијената.

На ову тему група аутора(1) је извела истраживања која указују на то да се управо у овим иницијативама налази разлог што је број психијатријских програма за форензичке пацијенте такође у порасту. До сада, они су били организовани само у системима који су били у оквиру психијатријских болница.(2) Сам развој психијатрије даје нам пуно информација о начину амбулантног лечења пацијената насупрот оног у психијатријским болницама.(3)

Налази једне друге групе аутора указују на то да је код изванболничког третмана сексуалних деликата постигнут веома слаб успех.(4) Одавде произлази и дилема да ли овакве пацијенте треба лечити у психијатријским болницама или амбулантно.(5) Уз добро обучено особље, специјализоване психијатре и специјализоване психологе, применом психолошких тестирања и прегледа, проценила би се стопа ризика од рецидива већ постојећег виолентног понашања код пацијената са менталном болешћу.(6)

Кривично правна теорија у типологији поврата полази од природе кривичних дела, временског интервала између извршених дела и броја извршених деликата.(7) Истраживања у овој области(виолентности), била су високо критикована на етичкој, социјалној и научној основи.(8) Међутим, многи психијатри још увек конзервативно размишљају када је у питању дијагностицирање пацијената са виолентним понашањем, односно процена и поступак у виолентности.(9,10,11)

## 2. ЦИЉ СТУДИЈЕ

Испитивање утицаја фактора који одражавају психијатријску здравствену заштиту за настанак криминогеног рецидива код особа са менталним обољењима.

## 3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД

### Врста студије

Истраживање је било нетерапијског, неинтервентног, опсервационог, аналитичког типа. Обављено је у Психијатријској болници у Демир Хисару, Р. Македонија, према дизајну случај-контрола. Укључивање у студију трајало је годину дана. Испитивани су само пацијенти мушкога пола јер се криминогено понашање чешће јавља код мушкараца него код жена. За спровођење истраживања биле су обезбеђене дозволе матичне установе и матичног етичког одбора.

### Студијска популација

Испитивану групу сачињавало је укупан број пацијената хоспитализираних због криминогеног понашања и лечених у Психијатријској болници у Демир Хисару и на којима је, на захтев суда, извршено психијатријско вештачење(величина узорка N=100). Сви пацијенти су били подељени у експерименталну групу(ЕГ) (“случај”) и контролну групу (“контрола”)(КГ). Експерименталну групу(N=40) сачињавали су пацијенти који су имали рецидив криминогеног понашања више од једне криминогене епизоде, а контролну групу(N=60) који су имали само једну криминогену епизоду.

Обе групе пацијената биле су усклађене према обележју: полу, старости, дужини прве хоспитализације, дијагностичком ентитету по ИЦД-10 класификацији.

### Статистичка анализа

За опис статистичких показатеља категоријских променљивих користи се учесталост (frequencies) њихових вредности. У случају непрекидне променљиве користи се статистичке показатеље средња вредност (mean), медијана и стандардно одступање (standard deviation).

За истраживање веза између две непрекидне променљиве користи се Пирсонова (Pearson) корелација. Корелација показује смер (позитиван или негативан) и јачину везе. У случају категоријске променљиве, за испитивање њихове узајамне везе користи се  $\chi^2$  -квадрат тест (Fisher's exact test) веза и независности.

Статистичке технике за утврђивање статистички значајних разлика између два скупа података (користе се t-тестови независних узорака и t-тестови упарених узорака), су параметарске и Ман-Витнијев U тест као и Вилкоксон тест ранга непараметарске алтернативе. У раду за статистичку анализу користи се софтверски пакет IBM SPSS Statistics verzija 20.

Зависна променљива је рецидив криминогеног понашања у групи случаја и контроле, чије су вредности 0 – за једно извршено кривично дело и 1 – за више од једног извршеног кривичног дела. У групи случаја зависна променљива има вредност 1, а у групи контроле вредност 0. Зависна променљива је дихотомна.

#### 4. РЕЗУЛТАТИ

**Табела 1. Основне карактеристике пацијената у групи случаја и контроле**

Варијабле	Случај (n = 40)	Контрола (n = 60)	Тест вредности и значајност нулте хипотезе	Груба процена интервала поверења (95% CI)
Дијагностич. обележја по ICD 10 класифика.	F60-69 -7(17,5 %) F11-19; F60-69 -8(20%) F10; F60-69 -15(37.5%)	F60-69 -30(50%) F11-19;F60-69 -2(3.33%)	Fisher's exact test p = 1.000	0.467(0.152-1.429) 8.000(1.425-44.920) 3.750(1.193-11.792)
Животно доба (у годинама)	18-29 -33(82.5%) 29-40 -5(12.5%) 40-51 -2(5%)	18-29 -45(75%) 29-40 -11(18.33%) 40-51 -4(6.67%)	Fisher's exact test p = 1.000	0.620(0.197-1.955) 0.682(0.118-3.946)
Дужина прве хоспитализације (у месецима)	1 -8(20%) 1-3 -5(12.5%) 4-6 -3(7.5%) 7-9 -9(22.5%) 9-12 -15(37.5%)	1 -16(26.7%) 1-3 -16(26.7%) 4-6 -12(20%) 7-9 -7(11.7%) 9-12 -9(15%)	Fisher's exact test p = 1.000	0.625(0.168-2.327) 0.500(0.109-2.294) 2.571(0.699-9.457) 3.333(1.020-10.898)
Утицај животног доба при првој хоспитализацији на број рецидива криминалитета (mean ± SD)	1.23 ± 0.530	1.32 ± 0.596	ЕГ: t = -5.954 p = 0.0001** КГ: t = 17.102 p = 0.0001**	1.339 (-10.684-5.266) 0.077(1.163-1.471)
Животно доба за узраст од 18-29 и 29- 40 година (mean ± SD, median)	Md = 1.00 (1.00-1.00)	Md = 1.00(1.00-1.75)	z = -6.083 p = 0.0001**	
Дужина трајања прве хоспитализације за групу од 1 и 1-3 месеца (median)	Md = 4.00(2.00-5.00)	Md = 2.00(1.00-4.00)	z = -2.469 p = 0.014**	

\*променљиве са фреквенцијом догађаја мање од 2% и варијабле са незнатним разликама између случаја и контроле нису приказане у табели

\*\*статистички значајан

Провера социодемографских показатеља указује (табела 1) да:

На основу  $\chi^2$  теста за дијагностичко обележје, животно доба и дужина трајања прве хоспитализације статистички нису значајне у групи случаја и контроле. На основу просечног животног доба пацијенти у групи контроле су у старијем животном добу извршили своје прво кривично дело у односу на испитанике у групи случаја. Према просечном животном добу пацијенти у ЕГ и КГ се значајно разликују ( $p = 0.0001$ ). Пацијенти у ЕГ и КГ према просечном трајању прве хоспитализације у 1. и од 1.-3. месеца се статистички значајно разликују. Пацијенти у ЕГ значајно раније бивају хоспитализовани според суда. Ман-Витнијев U-тест је открио статистичку значајну разлику у ЕГ и КГ според узраста при првој хоспитализацији и у дужини трајања прве хоспитализације.

## 5. ДИСКУСИЈА

У доступној литератури ретки су подаци о дужини хоспитализације особа са менталним поремећајима и криминогеним досијеом. Штавише, поједини аутори такву варијаблу и не разматрају као фактор ризика за криминогеност одн. његов рецидив(13,14). Чак и код студија код којих су такви подаци и постојали(16), постојале уочене су врло велике разлике у методологији односно особинама студијске популације(пол, старост, образовање, присуство менталног поремећаја и друго) и у друштвено-легалним условима који су од значаја за начин и дужину хоспиталног третмана(врста болнице, тип кривичног дела, дужина законом обавезне хоспитализације и др.)(15). Последично, овакви подаци би тешко могли да се екстраполирају на услове студијског дизајна.

Испитивани су само пацијенти мушкога пола јер се криминогено понашање ћешће јавља код мушкараца него код жена. Овде се свакако најзначајнија улога придаје мушком полном хормону чије су високе вредности нађене код агресивних психопата, а уз снижене вредности кортизола. Такође, међу могућим узроцима агресивног понашања узима се у обзир и дефицит серотонина. Разматра се такође и генетска основа, пре свега трисомија ХУУ која је нађена код изузетно агресивних особа, социопата и криминалних типова.(17)

Показано је да се код адолесцентних деликвената агрегирају фактори везани или за социо-културолошко окружење(коришћење психоактивних супстанци и домородачко порекло) или генину менталну дисфункцију(ментална ретардација).(19) С друге стране, у одраслих деликвената најчешћи фактор ризика био је, поред злоупотребе психоактивних супстанци, поремећај личности, а тек у знатно мањем броју психозе.(20,21)

Врхунац деликвентног понашања дешава се у адолесценцији.(23) Неки се адолесценти деликвентно понашају само у овој развојној фази, док су други с таквим понашањем започели у доба малолетништва.(24,25,26,27,28.) Резултати истраживања показују да су они који пре започињу с деликвентним понашањем у већем ризику да устрају и продуже свој деликвентни развој и у одраслом добу(29,30,31,32,33,34).

## 6. ЗАКЉУЧЦИ

- ❖ Криминогеност ћешће се јавља код особа мушког пола.
- ❖ На основу животног доба у КГ су испитаници који су у старијем узрасту извршили своје прво кривично дело у односу на испитанике у ЕГ што указује на то да пацијенти млађег узраста чешће чине рецидив криминогености.
- ❖ Пацијенти са дијагнозом поремећаја личности имају високи ризик од појаве криминогености, као и пацијенти са дијагнозом(F10 и F60-69) и (F11-19 и F60 -69). Они чине даљих прекршаја и рецидив криминогености.
- ❖ Пацијенти у групи случаја значајно раније бивају хоспитализовани и њихова хоспитализација одређена је одлуком суда
- ❖ Што су пацијенти са рецидивом криминогености дуже хоспитализирани у психијатриску установу, то су чешћи рецидиви криминогености, што указује да дужина хоспитализације утиче на рецидив криминогености.

## ЛИТЕРАТУРА

- Arboleda-Flórez J. Love E. Fick G, et al. (1995). An epidemiological study of mental illness in a remanded population. *Int Med J.* 2:113–126.
- Arboleda-Flórez, J. (1997). Report on forensic and adolescent psychiatric services in the commonwealth of the Bahamas. Report to Pan American Health Organization. Washington:

- Alphs L, Benson C, Cheshire-Kinney K, et al. (2015). Real world outcomes of paliperidone palmitate compared to daily oral antipsychotic therapy in schizophrenia: a randomized, open-label, review board-blinded 15-month study. *J Clin Psychiatry* 76:554–61.
- Bonta J, Andrews DA. (2017). *The psychology of criminal conduct*. 6th ed. New York: Taylor & Francis,
- Brown CS, Lloyd K. (2008). OPRISK: a structured checklist assessing security needs for mentally disordered offenders referred to high security psychiatric hospital. *Crim Behav Ment Health*. 18(3):190-202.
- Campbell H.William, (2002). The use of Elektroencefalography in Forensic Evaluations, *American Academy of Psychiatry and the law*, april, vol.27,No.2.
- Chung, Y. et al. (2019).Cortical abnormalities in youth at clinical high-risk for psychosis: findings from the NAPLS2 cohort. *NeuroImage. Clin.* 23, 101862
- Clark J. (2018). The catch-22 in our medical/legal system that criminalizes mental illness. <https://www.petearley.com/2018/06/18/frustrated-mother-writes-mental-health-laws-put-parents-in-catch-22-waiting-until-crisis-to-see-help/>.
- Douglas, K. S. & Webster, C. D. (1999). The HCR–20 violence risk assessment scheme: concurrent validity in a sample of incarcerated offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 26, 3–19.
- Dyer C. (2010). Re-offending rates are lower among offenders treated in secure hospitals than among mentally ill people held in prison. *BMJ*. Nov 11; 341:c6447. Doi : 10.1136/bmj.c6447.
- Frize M, Kenny D, Lennings C. (2008). The relationship between intellectual disability, indigenous status and risk of reoffending in juvenile offenders on community orders. *J Intellect Disabil Res*. 2008 Jun; 52(Pt 6):510-9. Epub Apr 14.
- Grann M, Danesh J, Fazel S. (2008). The association between psychiatric diagnosis and violent re- offending in adult offenders in the community. *BMC Psychiatry*. Nov 25; 8:92.
- Grossman LS, Martis B, Fitchner CG. (1999). Are sex offenders treatable? A research overview. *Psychiatr Serv*. 50:349–361.
- Junger-Tas, J. (2004). Youth justice in the Netherlands. In: Tonry, M., Doob, A.(eds): *Youthcrime and youth justice: comparative and cross-national perspectives*. Crime and justice, Vol. 31, University of Chicago Press, Chicago.
- Kasinathan J, Sharp G, Barker A. (2016). Evaluation of olanzapine pamoate depot in serious violent males with schizophrenia in the community. *Ther Adv Psychopharmacol* 6:301–7.
- Knežević A. (2006). *Psihijatrija*. Novi Sad: Medicinski fakultet Novi Sad;
- Kos, J. (2006). Izvršavanje maloljetničkih sankcija. *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu*, vol. 13, br. 2:807-865.
- Levy CJ. (n.d). State to survey mentally ill in residences. *The New York Times* (on line edition).
- Loeber, R., Farrington, D.P., Petechuck, D. (2003). Child delinquency: early intervention and prevention. *Child Delinquency*, 3-19.
- Marshall WL, Barbaree HE. (1998). The long-term evaluation of a behavioural treatment program for child molesters. *Behav Res Ther*. 26:499–511.
- Maytal J. (2002). Should children with psychiatric conditions undergo EEGs?, 31-st Annual Meeting of the Child Neurology Society, december vol.3,No.10.
- Mela M, Depiang G. (2016). Clozapine's effect on recidivism among offenders with mental disorders. *J Am Acad Psychiatry Law* 44:82–90.
- Miller S, Brown J, Sees C. (2004). A preliminary study identifying risk factors in drop out from a prison therapeutic community. *J Clin Forensic Med*. Aug;11(4):189-97.
- Nijhof, K., de Kemp, R.A.T., Engels, R.C.M. E., Wientjes, J.A.M. (2008). Short term criminal pathways: type and seriousness of offense and recidivism. *The Journal of Genetic Psychology*, Vol. 169, No. 4:345-359.
- Opalić, P. (2005). Crtež ljudske figure u istraživanju psihopatološkog stanja kod izbeglica i telesno traumatizovanih osoba. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*. vol. 133, br. 1-2, str. 21-28.
- Price R. (n.d). On the risks of risk prediction. *J Forens Psychiatry* 1997; 8:1–4.
- Pfeiffer, C. (1998). Juvenile crime and violence in Europe. *Crime and justice: a review of research*, 23:255-328
- Phillips HK,et al. (2005). Risk assessment in offenders with mental disorders:relative efficacy of personal demographic, criminal history, and clinical variables. *J Interpers Violence* Jul;20(7):833-47.
- Rezansoff SN, Moniruzzaman A, Fazel S, McCandless L, Somers JM. (2017). Adherence to antipsychotic medication and criminal recidivism in a Canadian provincial offender population. *Schizophr Bull* 43:1002–10.
- Travin, S. (2001) Sex offenders: diagnostic assessment, treatment and related issues. In: Rosner R. editor. *Principles and practice of forensic psychiatry*. New York: Chapman and Hall; pp. 528–534.

Walter M, Wiesbeck GA, Dittmann V, Graf M. (2010). Criminal recidivism in offenders with personality disorders and substance use disorders over 8 years of time et risk. *Psychiatry Res.* 2011 Apr 30;186 (2-3):443-5. Epub