

## POLOŽAJ I TRETMAN OSUĐENIH SA MENTALNIM POREMEĆAJIMA U PENALNOM SISTEMU

Sladana MILOŠEVIĆ\*

Goran JOVANIĆ\*\*

Vera PETROVIĆ\*\*

\*Institut za mentalno zdravlje Beograd, Srbija

\*\*Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu  
edukaciju i rehabilitaciju, Srbija

*Osobe sa mentalnim poremećajima mogu biti lišene slobode ukoliko su dovedene u vezu sa izvršenjem krivičnog dela. Stopa zastupljenosti osuđenih sa mentalnim poremećajima u zatvorima varira od 15 do 25%, dok je u zatvorima Srbije 2010. godine bilo 73% osuđenih sa mentalnim poremećajima. Boravkom u zatvoru pogoršava se njihovo mentalno stanje, povećava rizik recidivizma i umanjuje mogućnost rehabilitacije. Penalni tretmani koji se praktikuju u svetu usmereni su na kriminogene potrebe, dok u Srbiji, i pored postojanja oficijelnog instrumenta za procenu rizika, potreba i kapaciteta osuđenih za promenom, ne postoje istraživanja o primeni efektivnih tretmana u penalnim ustanovama za osuđene sa mentalnim poremećajima. Cilj rada je da se prikaže zastupljenost osuđenih sa mentalnim poremećajima u penalnom sistemu, njihov specifičan status istovremeno obolelih i osuđenih osoba, normativi kojima se uređuje njihovo sankcionisanje, specifikovani instrumenati procene rizika recidivizma i specijalizovani efektivni tretmani u inostranim penalnim sistemima prema ovoj, dvostruko stigmatizovanoj populaciji.*

**Ključne reči:** mentalni poremećaji, osuđeni, rizik, tretman, mere bezbednosti

---

1 E-mail: verapetrovic0101@gmail.com

## UVOD

Povećanje stope kriminaliteta podstiče sve veći interes država da ovu pojavu redukuju. (Hutton, 2019; Wiseman, 2018). Najstroži oblik reagovanja na kriminalitet u državama koje su ukinule smrtnu kaznu, predstavlja zatvorska kazna. Njenim izricanjem i izvršenjem očekuje se i najveći nivo efektivnosti u kontekstu zaštite društva (Jovanić, 2011). Represija, surovo kažnjavanje ili strah od njega ne mogu sprečiti ljude da krše zakone, a dokaz su prepuni zatvori širom sveta (Rahman, 2019).

Procenjuje se (Walmsley, 2016) da se u kaznenim ustanovama u svetu nalazi aproksimativno 11 miliona lišenih slobode. Uvećanje populacije u zatvorima istovremeno prati i povećano učešće osuđenih sa mentalnim poremećajima (Fazell & Seewald, 2012). Svetska zdravstvena organizacija (World Health Organisation – WHO, 2006) ističe da takvom stanju doprinosi interakcija većeg broja faktora, kao što su: predrasude da su ljudi sa mentalnim poremećajima opasni po okolinu; netolerancija društva na poremećeno i problematično ponašanje; neuspeh u promociji tretmana, brige i rehabilitacije i nedostatak/otežana dostupnost zdravstvenih usluga iz oblasti mentalnog zdravlja. Mentalni poremećaji se mogu razviti i tokom izvršenja kazne, kao posledica zatvorskih uslova ili eventualnih tortura zatvorskih vlasti i drugih oblika kršenja ljudskih prava (WHO, 2006).

U zavisnosti od pristupa u eksploraciji etioloških faktora, javljaju se različite definicije mentalnih poremećaja. WHO (2001) definiše mentalne poremećaje i poremećaje ponašanja kao klinički značajna stanja koja se karakterišu promenom mišljenja, raspoloženja i/ili ponašanja povezanih sa ličnim distresom-obolelog i/ili poremećajem funkcionisanja (WHO, 2001).

Osobe sa mentalnim poremećajem (OMP) mogu biti lišene slobode ukoliko budu dovedene u vezu sa izvršenjem krivičnog dela. Po odluci suda, smeštaju se u ustanove pravosuđa po osnovu izvršenja mere pritvora, kazne zatvora,

maloletničkog zatvora, mere upućivanja u vaspitno-popravni dom, kao i na izvršenje mere bezbednosti obaveznog psihijatrijskog lečenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi (Jović, 2017). Izdvojene su (Nestor, 2002) tri grupe mentalnih poremećaja povezanih sa povećanim rizikom za nasilno ponašanje: poremećaji iz klastera A (paranoidni, šizoidni i šizotipski), klastera B (antisocijalni, narcisoidni, paranoidni i granični poremećaj ličnosti) i šizofrenija.

S obzirom na hipersenzitivnost ove populacije zatvorska sredina hipernormiranosti, restriktivnosti i rigidnim okruženjem može štetno uticati na pogoršanje psihičkog zdravlja OMP, čineći ih još ranjivijima (Fazell & Danesh, 2002). Odnos zatvorskog osoblja prema osuđenim OMP i tenzije u interakcijama osuđenih podižu nivo stresa, što dodatno pogoršava stanje vulnerabilne populacije, a kontinuirano osećanje ugroženosti i straha za ličnu bezbednost umanjuje rehabilitaciono-korektivni cilj penalnog tretmana (Jovanić, 2014).

Nastojanja da se osuđeni istovremeno kazne i rehabilituju otežavaju negativni uticaji zatvorske sredine, kao faktori koji su često van kontrole formalnog sistema. U te faktore ubrajaju se: prenaseljenost, nedostatak kompetentnog kadra i simplifikovanost programa postupanja (Jovanić, Ilijić i Mitrović, 2016). Ističe se (Mrvić-Petrović, 2007) da boravak OMP u zatvorima otvara i pitanja pravovremenog prepoznavanja simptoma mentalnog poremećaja, adekvatnog postupanja, poštovanja prava OMP, ali i bezbednosti drugih osuđenih.

WHO (2005) naglašava da su zakoni iz oblasti mentalnog zdravlja najjači alat za zaštitu prava OMP, uključujući i osuđene OMP, ali nažalost ti zakoni su često zastareli i ne obezbeđuju zadovoljenje zdravstvenih potreba iz oblasti mentalnog zdravlja osuđenih. Otvoreno je pitanje da li zatvor ima potencijale za primenu adekvatnih tretmana zasnovanih na principima potreba, rizika i responzivnosti (Jovanić, Žunić-Pavlović i Petrović, 2018) koji redukuju recidivizam osuđenih OMP. U tom smislu WHO (2001) predlaže da ciljevi organizacije kaznene politike treba da budu usmereni na prevenciju

nepropisnog zatvaranja OMP i olakšavanje njihovog upućivanja u terapijske centre. Takođe, psihijatrijska nega treba da bude sistematski dostupna u zatvorima, kada je neophodno smeštanje u penalnu ustanovu. Ujedno, treba razviti i strategiju obuke osoblja, kako bi se povećale kompetencije zaposlenih u pravosudnom sistemu i omogućilo adekvatno zbrinjavanje osuđenih OMP (WHO, 2001).

## Mentalni poremećaji i nasilno ponašanje

Realnost je da određeni mentalni poremećaji mogu biti deo kauzalnog odnosa u vršenju krivičnih dela. Zbog toga je opravdano preispitivanje opasnosti OMP po sebe i druge. U naučnoj literaturi je tri puta zastupljenije pisanje o nasilnom ponašanju OMP, nego o viktimizaciji ovih osoba (Wehring & Carpenter, 2011). Nasuprot ustaljenom mišljenju da OMP vrše veći broj nasilnih dela, istraživanja (Arbach & Pueyo, 2007) dokazuju da je učestalost zločina koji vrše OMP niska i ekvivalentna učestalosti nasilja u opštoj populaciji.

Skлонost nasilju najučestalije su ispoljavale narcisoidne, paranoidne i pasivno-agresivne ličnosti. Takođe se navodi i statistički značajna veza graničnog poremećaja ličnosti i sklonosti ka oblicima kriminalnog ponašanja (Scott, Stepp & Pilkonis, 2014). Đurđević (2016) navodi da se kombinacija patoloških tendencija ličnosti, naročito disocijativnosti, agresivnosti i loše socijalne integracije i vrednosnih orijentacija (kao što su ekonomsko-utilitarna i hedonistička), može smatrati prediktorom prestupničkog ponašanja.

Novije metaanalitičke studije ukazale su na vezu između šizofrenije i nasilništva (Witt, vanDorn & Fazel, 2013). U studijama koje su obuhvatile 12 zemalja, 9,9% osoba koje pate od šizofrenije su bile nasilne, u odnosu na 1,1% iz opšte populacije. Postoji četiri do šest puta veći rizik da će oboleli od šizofrenije učiniti nasilno delo u odnosu na pripadnike opšte populacije (Witt et al., 2013).

Slične rezultate iznose i drugi autori (Swanson, McQuinty, Fazel & Mays, 2015), sumirajući rezultate metaanalize 20 studija o vezi šizofrenije i nasilja, ističući da je učestalost nasilja tri do pet puta veća kod muškaraca i četiri do 13 puta veća kod žena sa dijagnozom šizofrenije u odnosu na žene iz opšte populacije. Ukazuje se (Douglas, Guy & Hart, 2009) i na povećan rizik nasilja kod osoba sa psihotičnim poremećajem. Usled različitih podataka o vezi mentalnih poremećaja i nasilnog ponašanja, Nestor (2002) ukazuje na nekonzistentnost nalaza o načinu na koji mentalni poremećaji povećavaju rizik nasilja i preporučuje dublja istraživanja veze ove dve pojave. U tom smislu govori se (Webermann & Brand, 2017) da postoji konsenzus o povezanosti specifične psihopatologije i simptoma koji doprinose nasilju. Takav stav potvrđuju i rezultati istraživanja (Silver & Teasdale, 2005), koji su ukazali na povećanu incidencu nasilja kod ispitanika sa problemom zloupotrebe alkohola ili droga, a zatim simptoma teških mentalnih poremećaja. Incidenca je bila je 4,4 puta veća kod osoba koje su obobile od teških mentalnih poremećaja u odnosu na one koji nisu, a 11 puta veća kod osoba koje su imale i problem zloupotrebe psihoaktivnih supstanci (Silver & Teasdale, 2005). I druga istraživanja (Elbogen & Johnson, 2009) potvrđuju veću učestalost nasilja OMP, signifikantnu samo kod istovremenog postojanja problema zloupotrebe/zavisnosti od droga ili alkohola. U prilog ovim tvrdnjama, izdvajaju se (Arango, Barba, Gonzales-Salvador & Ordonez, 1999; Silver & Teasdale, 2005) faktori rizika nasilja kod osoba sa dijagnozom šizofrenije: stepen izraženosti simptoma; nepostojanje uvida u svoju bolest; odbijanje terapije; izostanak komplijanse; komorbiditet sa zloupotrebom psihoaktivnih supstanci; stresni događaji iz okoline i odsustvo socijalne podrške. Da bi veza između mentalnog poremećaja i nasilnog ponašanja bila kauzalnog tipa, neophodno je uzeti u obzir celokupan kontekst u kome se prepliću psihopatogija i činiooci sredine (Arango et al., 1999; Silver & Teasdale, 2005).

Osuđeni OMP su veliki izazov za zaposlene u zatvorima čiji je posao procena rizika recidivizma, jer mentalni poremećaj i nasilno ponašanje osuđenog mogu biti u kauzalnoj vezi,

ali mogu i koincidirati sasvim slučajno (Bradly, 2009). Važno je stoga, na individualnom nivou, proceniti vezu između konkretnog mentalnog poremećaja i nasilja, te proceniti koliki je rizik od budućeg nasilnog ponašanja.

Slične stavove iznose i drugi autori (Bonta, Blais & Wilson, 2013; Petrović i Jovanić, 2017), koji naglašavaju da je adekvatna procena rizika ključna ne samo sa aspekta uslovnog otpusta nego i sa aspekta kreiranja adekvatnog plana i programa penalnog tremana, kako kod onih bez mentalnih poremećaja, tako i kod osuđenih OMP. Jedna od uticajnijih studija o tom problemu je Mekarturova (Macarthur Violence Risk Assessment Study) studija procene rizika nasilja (Monahan et al., 2005). Rezultati istraživanja ukazuju da je dijagnoza težeg psihijatrijskog poremećaja povezana sa niskim rizikom nasilja, a nasuprot tome, druge varijable, kao što su ozbiljnost i učestalost fizičkog zlostavljanja u detinjstvu, zloupotreba droga i alkohola, nasilne misli i prisustvo auditivnih halucinacija pokazale su signifikantnu povezanost sa nasiljem. Zaključak studije je da su najsnažniji prediktori ispoljavanja nasilja u zajednici: antisocijalni poremećaj ličnosti, zloupotreba alkohola ili droga i visok skor na skali procene besa (Monahan et al., 2005). Pouzdanost kliničkog modela procene rizika recidivizma je osporavana (Bonta et al., 2013) zbog činjenice da ovim putem nije moguće identifikovati relevantne rizične faktore, a samim tim nije moguće definisati tretmanske ciljeve za OMP koji bi uticali na smanjenje recidivizma (Bonta et al., 2013). Stoga je razvijen aktuarski ili statistički model, kojim je pokušana objektivizacija procene rizika recidivizma, uzimajući u obzir karakteristike ličnosti, celokupnu medicinsku istoriju i sociodemografske faktore. Svaka od ovih osobina se boduje i na kraju se dobija ukupan, prediktivni skor, koji služi za procenu rizika (Norko & Baranoski, 2005). Prema navodima Hiltona i saradnika (Hilton, Harris & Rice, 2006), i pored brojnih kritika, statistički model procene rizika nasilja smatra se daleko preciznijim u odnosu na klinički. Takođe ističu da u literaturi nije objavljena nijedna studija koja je pokazala suprotno, stoga smatraju da procena rizika nasilja kod OMP treba biti

zasnovana isključivo na statističkim metodama, bez oslanjanja na kliničku procenu (Hilton et al., 2006).

Jedan od aktuarskih instrumenata za procenu rizika nasilja OMP je Kontrolna lista za psihopate – revidirana (Psychopathy Checklist-Revised – PCL-R) (Hare, 2016). PCL-R je primarno kreirana za detekciju psihopatskih tendencija ličnosti, ali budući da su psihopate često i penalni recidivisti, pokazao se kao efektivan za predikciju različitih tipova nasilja, uključujući i seksualno nasilje, kao i za procenu rizika recidivizma (Jovanić i Žunić-Pavlović, 2018). Jedna od prednosti PCL-R u odnosu na druge instrumente je i ta što služi za detekciju osobina i aspekata ličnosti koje se ne menjaju u vremenu, te je pogodna za dugoročnu procenu rizika nasilja (Hare, 2016). Skor postignut na PCL-R instrumentu je sastavni deo Vodiča za procenu rizika nasilja (Violence Risk Appraisal Guide-VRAG) (Harris, Rice & Quinsey, 1993). Karakteristike instrumenta su procenjivane kroz 25 studija u više zemalja. Posедуje dobru predikciju od 80% u proceni rizika nasilja kod OMP (Ljubičić, 2013).

U penalnom sistemu Srbije koristi se Upitnik za procenu rizika za osuđene u dve varijante, zavisno od visine izrečene kazne, koji je u službenoj upotrebi od 2009. godine (Petrović i Jovanić, 2017). Prilagođena je verzija upitnika koji se koristi u okviru penalnog sistema u Velikoj Britaniji, pod nazivom Sistem procene prestupnika (Offender Assessment System – OASys, Home Office, 2002). Predstavlja opsežan instrument za procenu rizika, potreba i kapaciteta, kojim se procenjuju statički i dinamički faktori rizika recidivizma. Uključuje faktore empirijski dokazano povezane sa visokim rizikom recidivizma, kao što su istorija prestupa i aktuelno krivično delo; socijalni i ekonomski faktori (uključujući zapošljavanje i zloupotrebu droge ili alkohola); lični faktori (uključujući anksioznost ili depresiju). Sadrži i odeljke o planiranju nadzora i upitnik o samoocenjivanju, pružajući izvršiocu priliku da iznese lični stav o svom ponašanju i načinu života (Petrović i Jovanić, 2017).

## Stigmatizacija OMP

Pojedinac je stigmatizovan kada se njegovo određeno obeležje (odstupanje od prototipa ili norme) dovede u vezu s njegovim ostalim karakteristikama; kada se ostale karakteristike sagledavaju kroz prizmu njegovog osnovnog diskreditujućeg svojstva, čime osobe postaju diskreditovane (Biernat & Dovidio, 2000). O posledicama izjednačavanja osoba sa njihovim mentalnim poremećajem govori i Mušicki (2017), ističući da takva ekvivalencija može uticati na identitet osobe sa dijagnozom mentalnog poremećaja, na shvatanje sebe i sveta u kom se nalazi. Tako se stigmatizacijom OMP stvara nova vrsta dodeljenog identiteta, u okviru kog osoba počinje da vidi sebe onako kako ga vide drugi, isključivo kroz prizmu sopstvenog poremećaja i dijagnoze (Mušicki, 2017). Preko društvene marginalizacije i stigme, nastaje proces autostigmatizacije. Tako OMP polako gubi svoj pređašnji identitet, a dominantan postaje identitet bolesne osobe (Corrigan, Watson & Barr, 2006). Stojnov (2005) navodi da su kroz istoriju psihijatrija, pravni sistem i društvo definisali OMP raznim degradirajućim terminima (šizofrenik, ludak, umobolni, poremećeni, duševno bolestan, s uma sišavši), doprinoseći tako intenzivnijoj stigmatizaciji i izolaciji ovih osoba.

Zabluda da je mentalni poremećaj baza kauzalnog odnosa s nasiljem promovise se kao objašnjenje za spektar nasilnih prestupa, što utiče na planiranje i realizaciju politike društvenog odgovora na OMP, na rad u kliničkoj praksi, ali i na stav javnosti, budući da se tako osobe sa mentalnim poremećajima smatraju opasnim po društvo (Elbogen & Johnson, 2009). Statistike pokazuju da je 4% od ukupnog broja osoba sa mentalnim poremećajima registrovano kao izvršioci prestupa, dok je njihovo učešće u sumi kriminaliteta 1% (Mrvić-Petrović, 2007). Ideja da su OMP opasne i ugrožavajuće za druge decenijama je definisala društvenu reakciju lišenjem slobode (Čirić, 2007). Posebna opasnost se krije u mogućnosti da pod uticajem ovih zabluda i predrasuda budu pripadnici policije, tužilaštva, sudije ili zatvorsko osoblje (Mrvić-Petrović, 2007).



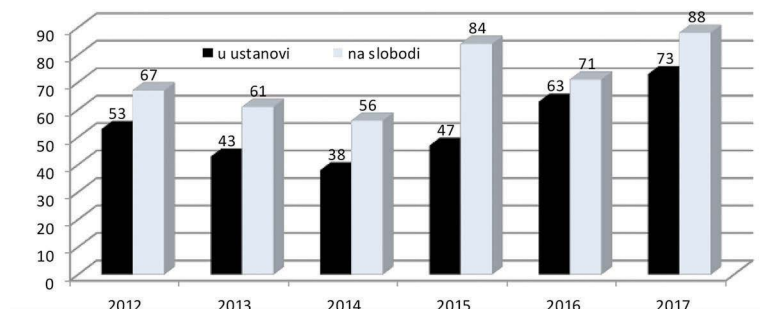
## Lišenje slobode OMP izvršenjem mera bezbednosti

Kada se govori o meri bezbednosti obaveznog psihijatrijskog lečenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi, koja se izriče OMP, može se govoriti sa aspekta zaštite, odnosno zbog izvršenja krivičnog dela. Lišenje slobode OMP u psihijatrijskim ustanovama bliže je definisano Zakonom o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama („Sl. glasnik RS”, br. 45/13). Taj zakon propisuje da se osoba s mentalnim smetnjama za koju doktor medicine ili psihijatar proceni da, usled mentalnih smetnji, ozbiljno i direktno ugrožava sopstveni život, zdravlje ili bezbednost, ili bezbednost drugog, može smestiti u psihijatrijsku ustanovu bez svog pristanka samo ukoliko nisu na raspolaganju manje restriktivni načini za pružanje zdravstvene pomoći. Prinudna hospitalizacija je prihvatljiva metoda društvene kontrole OMP samo pod uslovom da je to jedini način njihove zaštite, da je sprovođenjem sudskih postupaka otklonjena svaka mogućnost zloupotrebe, da su prinudno hospitalizovanim osobama obezbeđeni adekvatan smeštaj, uslovi života i medicinski tretman, te da se u potpunosti poštuju njihova ljudska prava (Petrušić, 2007).

Posebna situacija postoji kada su OMP lišene slobode dovođenjem u vezu sa činjenjem krivičnog dela. Po odluci suda izriče im se kazna zatvora, jer su i pored postojanja mentalnog poremećaja bili uračunljivi tokom izvršenja. U ovu grupu spadaju i osobe za koje je sud odlučio da su u momentu izvršenja krivičnog dela bile neuračunljive, te im je izrečena mera obaveznog psihijatrijskog lečenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi (Jović, 2017).

Ovim osobama se može izreći i mera obaveznog psihijatrijskog lečenja na slobodi, bilo uz uslovnu osudu, bilo u slučaju kada je neuračunljivi učinilac krivičnog dela pušten na uslovni otpust sa obaveznog psihijatrijskog lečenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi, te mu se kao nastavak lečenja izriče obavezno lečenje na slobodi. U novije vreme u Srbiji češće se izriče od

mere obaveznog psihijatrijskog lečenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi (Grafikon 1), što se vidi iz dostupnih podataka Republičkog zavoda za statistiku.



Grafikon 1 – Izricanje mera bezbednosti obaveznog psihijatrijskog lečenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi i obaveznog psihijatrijskog lečenja na slobodi

Mrvić-Petrović (2007) naglašava da je OMP koje su učinile su krivično delo, uz kaznu ili umesto nje, potrebno izdvojiti iz društva uz stalan nadzor, a zbog prirode bolesti potrebno je i kontinuirano psihijatrijsko lečenje. Prihvatljivo rešenje za ovu grupu osuđenih je smeštaj u posebnim odeljenjima zatvorskih bolnica ili u posebnoj zatvorskoj psihijatrijskoj ustanovi (Mrvić-Petrović, 2007). Značaj ređe primene prisilnih mera prema OMP navode i drugi (Goulet, Larue & Dumais, 2017), ističući da je redukcija prisile u direktnoj korelaciji sa kvalitetom nege.

## Položaj osuđenih OMP u zatvoru

Negativni efekti boravka osuđenih u zatvorima manifestuju se najintenzivnije ograničenjima u zadovoljenju različitih potreba, a među najtežima je deprivacija slobode (Ilić, 2014; Petrović i Jovanić, 2018). Zatvorsko okruženje dodatno negativno utiče na psihičko i fizičko zdravlje osuđenih OMP i manifestuje se kroz: socijalno povlačenje, depresiju, anksioznost, paranoju, suicidalne misli, autoagresivno ponašanje i povišen nivo agresivnosti (James & Glaze, 2006). Boravak u zatvoru

može inicirati i nastanak mentalnih poremećaja, pa se navodi (James & Glaze, 2006) da je 30% osuđenih bez prethodne istorije mentalnih poremećaja, razvilo simptome nekog mentalnog poremećaja boravkom u zatvoru. Uočeno je da je 23% žrtvi samoubistva u zatvorima patilo od bipolarnog i 22% od psihotičnog poremećaja (Smith, 2006; Winters, Greene-Colozzi & Jeglic, 2017). U zatvorima Srbije Marić (1999) nalazi da je udeo samopovređivanja među osuđenima sa mentalnim poremećajima iznosio 10,1%. U istraživanju o mortalitetu i uzrocima mortaliteta u zatvorima Srbije, Jovanić, Ilijić i Mitrović (2016) nalaze da su mentalni poremećaji kod preminulih osuđenih zastupljeni sa nešto više od 30%, te kao uzrok smrti među zatvorskom populacijom zauzimaju drugo mesto (Jovanić i sar., 2016).

Navodi se (Pare & Logan, 2011) da manifestacije paranoje, sumanute ideje, halucinacije kod OMP mogu biti uznemirujuće za druge osuđene. To otežava uklapanje u ponašanje zatvorske subkulture, što može biti razlog napada od strane osuđenih, a s druge strane, osuđeni se mogu upustiti u ponašanje koje provocira njihovu viktimizaciju (Pare & Logan, 2011). U 14 zatvora, na uzorku od 7.221 osuđenih muškaraca i 564 žena, došlo se (Daquin & Daigle, 2017) do saznanja da je fizičku viktimizaciju od drugih osuđenih iskusilo 60% muškaraca i 70% osuđenih žena. Stopa fizičke viktimizacije kod osuđenih muškaraca i žena sa mentalnim poremećajem je od 1,2 do 1,7 puta veća od strane zatvorskog osoblja, u odnosu na osuđene bez mentalnog poremećaja (Daquin & Daigle, 2017).

Često se dešava da se izolacija, kao disciplinska mera, primenjuje prema osuđenim OMP upravo u situacijama kada manifestacija ponašanja ili dekompenzacija simptoma nisu prepoznati na adekvatan način (Haney, 2017). Interaktivne veštine zaposlenih atrofiraju i sve češće ustupaju mesto retributivnoj praksi, produbljujući psihičke posledice života u zatvoru ove ranjive grupe. Pored fizičke viktimizacije, podaci ukazuju i na seksualnu viktimizaciju osuđenih OMP. Rezultati istraživanja (Caravaca & Wolff, 2016; Teasdale, Daigle, Hawk & Daquin, 2016; Wolff, Blitz & Shi, 2007) ukazuju da je svaki

dvanaesti OMP prijavio bar jedan incident seksualne viktimizacije od strane drugih osuđenih u šestomesečnom periodu, u poređenju sa incidencom od jedan prema 33, koliko iznosi seksualna viktimizacija prijavljivana kod osuđenih bez mentalnog poremećaja.

## Prevalenca osuđenih OMP u zatvoru

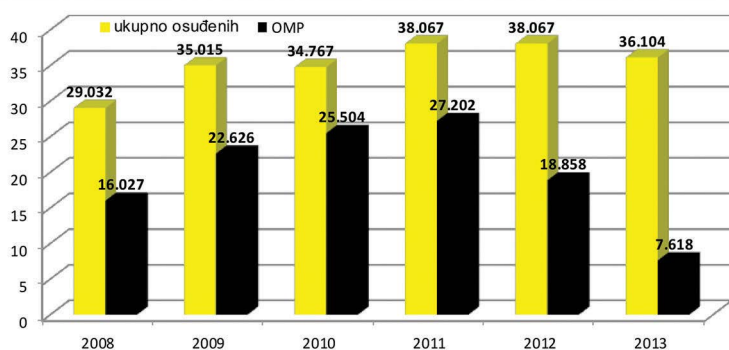
Penalni sistem se suočava s velikim brojem osuđenih. Primera radi, zatvorska populacija se od 2000. godine povećala za oko 20% (McPherson, 2008). Podaci ukazuju (Forrester, Till, Simpson & Shaw, 2018) da se širom sveta, u aktuelnom vremenu, nalazi blizu 11 miliona osoba pod inkarceracijom. Istraživanja ukazuju da veliki broj osuđenih ima i mentalne poremećaje. U prilog tome svedoče i rezultati istraživanja (Fazel & Danesh, 2002) nakon pregleda 62 međunarodne studije o prevalenci mentalnih poremećaja kod osuđenih (N=23.000). Autori iznose da je u proseku 3,7% osuđenih muškaraca i 4% žena imalo psihozu, a 10% osuđenih muškaraca i 12% žena depresiju. Prevalenca mentalnih poremećaja je bila gotovo jednaka za osuđene u zatvoru i u pritvoru (Fazel & Danesh, 2002). Deset godina kasnije, u ponovljenom pregledu i proširenoj analizi na 81 studiju, koja je obuhvatala 109 zatvora (N=33.588), potvrđeni su (Fazel & Seewald, 2012) rezultati prevalencije psihoze među osuđenima, 3,6% kod muškaraca i 3,9% kod žena i depresije, 10,2% kod muškaraca i 14,2% kod žena.

Na ozbiljnost problema ukazuju i drugi autori (Gottfried & Christopher, 2017), navodeći da je procenjeno da u zatvorima SAD ima oko 10 puta više OMP nego u bolnicama za mentalno zdravlje. Brandt (2012) ističe da je depresija među osuđenima zastupljena u oko 38%, šizofrenija u 29%, anksiozni i bipolarni poremećaj u oko 8% slučajeva. Opisujući stanje OMP u zatvorima Kanade, Lafortune (2010) iznosi da je 6,4% osuđenih patilo od šizofrenije, a od depresije 19,8% osuđenih muškaraca i 26,3% žena (Lafortune, 2010). U istraživanju učesća OMP u zatvorima u Evropi (Fazel, Hayes, Bartellas, Clerici

& Trestman, 2016) uočene su sledeće činjenice: učestalost depresije je bila 10–11%, psihoze 3,7%, a neki od poremećaja ličnosti imalo je 65% osuđenih. Rezultati koje iznose Baranyi i saradnici (Baranyi et al., 2019) su da 70% ukupne svetske zatvorske populacije čine osuđeni iz siromašnijih zemalja, a rezultati metaanalize (N=14.527) pokazuju da je među osuđenima u tim državama prevalenca psihotičnih poremećaja 6,2%, a depresije 16% (Baranyi et al., 2019). Autori (Brugha et al., 2005) navode da su u velikom broju zemalja teški mentalni poremećaji 5–10 puta češće uočeni kod osuđenih u zatvoru, nego kod opšte populacije. U zatvorima Engleske i Velsa, na primer, psihoze su kod osuđenih prisutne u 8% (0,5% u opštoj populaciji); poremećaj ličnosti u 66% (5,3% u opštoj populaciji), depresija i anksioznost u 45% (13,8% u opštoj populaciji) (Singleton, Meltzer & Gatward, 1998). Uz mentalne poremećaje koji prate zavisnost od droga i alkohola, ne iznenađuje podatak (Sainsbury Centre for Mental Health, 2009) da oko 90% osuđenih ima probleme sa mentalnim zdravljem. Podaci koje saopštavaju zvanični državni organi Engleske (National Health Service England and Public Health England, 2017) da je u periodu od 2016. do 2017. godine utrošeno oko 400 miliona funti za pružanje mentalne i fizičke zdravstvene zaštite u zatvorima za odrasle u Engleskoj, upotpunjavaju sliku o kompleksnosti situacije u zatvoru, koju, osim problema korekcije kriminalnog ponašanja, usložnjava i rehabilitacioni rad na sanaciji mentalnih poremećaja kod osuđenih. Međutim, i pored toga se ukazuje (Haney, 2017) na nemotivisanost zatvorskih sistema da detektuju mentalne poremećaje, dok s druge strane, u siromašnim državama, često nedostaje adekvatno edukovano osoblje i procedure kojima bi se ovi poremećaji pouzdano detektovali. Objašnjenju ovakve slike doprinose i stavovi da je kriminalizacija mentalnog poremećaja usledila nakon deinstitucionalizacije sistema mentalnog zdravlja, koji je rezultirao povećanjem broja OMP u zatvorima (Blackburn, 2004).

Na Grafikonu 2, na osnovu podataka Ministarstva pravde Republike Srbije – Uprave za izvršenje krivičnih sankcija, prikazaćemo dostupne podatke o odnosu ukupnog broja

osuđenih u penalnom sistemu i zastupljenosti osuđenih OMP u zatvorima Srbije.



Grafikon 2 – Zastupljenost OMP u zatvorima Srbije od 2008. do 2013. godine

Prema dostupnim izveštajima Ministarstva pravde Republike Srbije – Uprave za izvršenje krivičnih sankcija, ukupan broj osuđenih u periodu od 2008. do 2013. godine iznosio je 211.052, a od toga sa mentalnim poremećajima je registrovano 111.835 (53%). Najveće učešće osuđenih OMP u ukupnoj zatvorskoj populaciji bilo je 2010. godine (73,3%), dok je od 2011. godine započeo trend opadanja, da bi u 2013. godini bio 21,1%.

## Modeli penalnog tretmana osuđenih OMP

Sagledavajući cilj kažnjavanja zatvorskom kaznom u odnosu na nasilne osuđene, prisutne su ambivalentne težnje, koje se kreću od ekstremno retributivnog do rehabilitativnog nastojanja zakonodavca i penalne prakse (Jovanić, 2018). Prilikom planiranja penalnog tretmana osuđenih OMP u prvi plan treba staviti terapijske umesto korektivnih ciljeva, vodeći računa o njihovoj dvostrukoj vulnerabilnosti. Važno je naglasiti i da se tretman ne završava u zatvoru, već treba da se nastavi kroz sistem usluga, podrške i nadzora u zajednici (Jovanić, 2010).

Verovatnoća da se desi novi zločin može se značajno smanjiti realizacijom individualno napravljenog plana tretmana, koji proističe iz adekvatne procene rizika (Arbach & Pueyo,

2007). Međutim, da penalni tretman osuđenih OMP predstavlja veliki izazov i kompleksnu temu, dokaz je malo tretmanskih programa razvijenih i testiranih na adekvatan način, da bi se za njih moglo reći da su zasnovani na empirijskim saznanjima (Schneider, 2010). Navodi se (Morgan et al., 2012) da su penolozi prepušteni sebi u potrazi za najefektivnijim metodama rehabilitacije koje bi smanjile kako psihijatrijski (pogoršanje simptoma, rehospitalizacije), tako i kriminalni recidivizam.

Jedan od rehabilitaciono-korektivnih tretmana koji se primenjuje u radu sa osuđenim OMP je Model potreba, rizika i responzivnosti (The Risk-Need-Responsivity Model – RNR model) (Polaschek, 2012). Prema principu rizika, intenzitet korektivne intervencije treba prilagoditi stepenu rizika koji je procenjen kod osuđenih OMP. Prema principu potreba, korektivne intervencije treba usmeriti ka identifikovanim potrebama. Skim i saradnici (Skeem, Steadman & Manchak, 2015) uočili su dovoljno dokaza da se podrži primena principa potreba na osuđene OMP. Najčešći faktori rizika kriminalnog ponašanja (agresivnost, impulsivnost) su zajednički osobama sa i bez mentalnih poremećaja, a intervencije treba da se fokusiraju na redukciju simptoma mentalnog poremećaja, što će dovesti i do smanjenja recidivizma. Simptomi mentalnih poremećaja, kao što su: paranoidni simptomi, halucinacije, niska samokontrola, iritabilnost, depresivni simptomi, neredovno ili neuzimanje terapije, zloupotreba PAS, mogu biti u korelaciji sa nasilnim ponašanjem (Douglas et al., 2009). Smanjenje uticaja ovih faktora rizika dovodi do smanjenja recidivizma.

Treći, princip responzivnosti, odnosi se na interakciju između prestupnika i tretmana. Tretman treba da odgovara karakteristikama pojedinaca, kao što su jezik, kultura, ličnost, inteligencija, nivo anksioznosti, stil učenja i kognitivne sposobnosti, kako bi se povećalo njegovo angažovanje i učešće u tretmanu te postigla maksimalna efektivnost (Jovanić i Žunić-Pavlović, 2018). Kognitivno-bihevioralne tehnike (KBT) su najuspešnije u tom smislu, pozitivno utičući na građenje unutrašnjih snaga, na uklanjanje i smanjenje prepreka do pune saradnje osuđenog (Andrews, 2011). Simptomi u sklopu mentalnog

oboljenja mogu da komplikuju korektivni tretman (Bonta et al., 2013). Na primer, kod osuđenog s akutnom psihozom nema mogućnosti fokusiranja na KBT intervencije usmerene na prokriminalne stavove. Tu primena antipsihotičnih lekova pomaže da se kontrolišu halucinacije i organizuju misli u dovoljnoj meri da osoba bude sposobna za učešće u KBT programima. KBT je usmerena na tretiranje kognitivnih distorzija, razvoj veštine upravljanja emocijama, veštinu rešavanja problema, jačanje sposobnosti samoregulacije. Sažeto ćemo prikazati neke od programa koji se primenjuju u penalnoj praksi u tretmanu OMP osuđenih.

*Program „Rezonovanja i rehabilitacije”* (Resoning and Rehabilitation) namenjen je rehabilitaciji osuđenih OMP. Sastoji se od 16 sesija od 90 minuta, koje se izvode jednom nedeljno. Obuhvata pet modula: (1) neurokognitivni modul, usmeren na poboljšanje kontrole pažnje, impulsa, memorije i konstruktivnog planiranja; (2) modul za rešavanje problema, identifikaciju problema, generisanje alternativnih rešenja i konsekvantno razmišljanje; (3) modul emocionalne kontrole, upljavljanje anksioznošću, ljutnjom i konfliktom; (4) modul socijalnih veština, koje imaju za cilj povećanje svesti o mišljenju i emocijama drugih; (5) modul kritičkog razmišljanja (Young, Das & Gudjosson, 2016). Usmeren je na tretiranje kognitivnih distorzija, koje mogu da prate mentalna oboljenja, jer postoje preklapanja između faktora rizika recidivizma i simptoma mentalnih poremećaja (Kuipers & Bebbington, 2006). Rezultati evaluacije ukazuju da je kod prestupnika došlo do poboljšanja u veštini rešavanja problema, redukcije verbalne agresije i smanjenja recidivizma. Stopa recidivizma je kod prestupnika koji su bili obuhvaćeni tretmanom smanjena na 16,7%, dok je kod prestupnika koji su samo primali medikamentnu terapiju bila 52,8% (Kingston, Olver, McDonald & Cameron, 2018).

*Program „Promena života i promena ishoda”* (Changing Lives and Changing Outcomes) je obuhvatan i strukturisan tretmanski program u kome su inkorporirani modeli psihosocijalne rehabilitacije, socijalnog učenja i KBT terapija, dizajniran za primenu kod osuđenih OMP u zatvorima. Traje 24 nedelje,



a predviđa 76 sesija. Sesije traju između jedan i po do dva sata (Morgan, Kroner, Mills, Bauer & Serna, 2014). Tretman pokriva devet modula: (1) priprema za promenu, dizajniran da motiviše učesnike da preuzmu odgovornost za promenu i postizanje ciljeva; (2) podizanje svesti o mentalnom poremećaju i kriminalitetu, što obuhvata učenje o simptomima mentalnog poremećaja i ličnim kriminalnim sklonostima; (3) pridržavanje terapijskog režima, sa učenjem o važnosti uzimanja lekova kako su propisani od lekara, prepoznavanju neželjenih efekata lekova, kontrolom mentalnog poremećaja i prokriminalnih stavova; (4) kontrola misli i stavova koje pomažu identifikaciju, procenu i modifikaciju razmišljanja; (5) upravljanje emocijama kao što su anksioznost, depresija i bes; (6) otkrivanje ranih znakova simptoma relapsa bolesti i kriminalnog ponašanja; (7) stvaranje prosocijalne mreže podrške; (8) razvijanje veština rešavanja problema, komunikacione veštine, prosocijalnih aktivnosti; (9) tretman zloupotrebe supstanci (Morgan et al., 2014). Ciljevi programa su poboljšanje kvaliteta života povećanjem broja funkcionalnih „dobrih” dana i smanjenja psihijatrijskog i kriminalnog recidivizma. Rezultati evaluacije programa ukazuju na statistički i klinički značajnu redukciju simptoma mentalnog poremećaja. Naime, 31% učesnika je pokazalo pouzdanu pre i posttest promenu za depresiju, 48,3% za anksioznost, 10,3% za neprijateljstvo, 10,7% za paranoidne ideje, a 13,8% za psihoticizam (Morgan et al., 2014). Promene u kriminalnom razmišljanju uočljive su samo na nivou umerene redukcije prokriminalnih stavova i razmišljanja. Stoga autori ističu da je potrebna dalja modifikacija programa i detaljnije kontrolisane studije, kako bi se dokazala efektivnost programa u redukciji recidivizma (Morgan et al., 2014).

*Model dobrog života* (Good Lives model – GLM-FM) je noviji u rehabilitaciji prestupnika, pruža integrativni pristup koji pomaže prestupnicima u ostvarivanju ciljeva, uz istovremeno smanjenje rizika za ponavljanje prestupa. Prošireni model GLM-FM ima potencijal da popuni prazninu u tretmanu prestupnika OMP (Barnao, Robertson & Ward, 2010; Barnao, 2013). Ističe se da su OMP prestupnici, kao i drugi ljudi, usmereni ka određenim ciljevima i nastoje da steknu određena

primarna dobra. Primarna ljudska dobra su aktivnosti, situacije i iskustva koja omogućavaju pojedincu da poveća osećaj subjektivnog blagostanja. Obuhvataju unutrašnji mir, prijateljstvo, zajednicu, zdrav život, duhovnost, sreću (Barnao et al., 2010). Prema GLM, primarna dobra se postižu različitim sredstvima, koja se zovu sekundarna ili instrumentalna dobra, s tim da postoje individualne razlike u prioritetima primarnih dobara, kao i sredstvima, tj. strategijama za njihovu realizaciju (Barnao, Ward & Robertson, 2016). GLM-FM navodi da prisustvo mentalnog poremećaja može predstavljati prepreku težnje pojedinca prema primarnom dobru i uticati na kvalitet njegovog života. Iz perspektive GLM-FM problem je u neprilagođenom sredstvu ostvarivanja primarnog cilja, a ne sam cilj. Jača motivaciju za ono što pojedinac radi, uključujući i prestanak ponašanja koje doprinosi njegovom prekršaju (nepoštovanje terapije i lekova). Stavlja u fokus primarne potrebe pojedinca, bez razlikovanja OMP i ostalih prestupnika (Barnao et al., 2016). Evaluacije ovog programa sugerišu obavezu pridržavanja principa rizika, potreba i responzivnosti (Willis, Ward & Levenson, 2014), a empirijski pokazatelji istraživanja (Simons, McCullar & Tyler, 2006) ukazuju da tretirani prestupnici imaju više izgleda da do kraja istraju u programu, u poređenju sa prestupnicima koji su prošli tretman na osnovu Prvenicije relapsa (Willis et al., 2014). Podatke o efektivnosti primenjenog GLM u radu sa osuđenim seksualnim prestupnicima u KPZ Sremska Mitrovica, iznosi Kuzmanović (2018), koja je u eksperimentalnim zatvorskim uslovima, primenom GLM tretmana, uočila statistički značajno smanjenje skora rizika recidivizma eksperimentalne u odnosu na kontrolne grupe, prema kojima je primenjivan Program kontrole besa ili uobičajeni penalni tretman (Kuzmanović, 2018).

*Program podrške osuđenima sa mentalnim poremećajima u zajednici* (The Mental Health Services Continuum Program – MHSCP) je program kreiran za osuđene OMP koji počinje tri meseca pre planiranog otpusta i nastavlja se tretmanom u zajednici. Primarni cilj MHSCP je kontrola simptoma mentalnog poremećaja osuđenog, smanjenje recidivizma i poboljšanje

javne bezbednosti (Eno & Skeem, 2013). Osuđeni se raspoređuje u jednu od dve grupe: 1) sistem za korektivno kliničko praćenje otpuštenih (Correctional Clinical Case Management System – CCCMS), koji podrazumeva prisustvo jednog ili više mentalnih poremećaja, ali stabilno funkcionisanje u zajednici i skor iznad pedeset na skali za procenu globalnog funkcionisanja (GAF) ili 2) program za intenzivno praćenje osuđenog sa mentalnim poremećajem u zajednici (Enhanced Outpatient program – EOP), koji, takođe, zahteva prisustvo jednog ili više mentalnih poremećaja kod osuđenog, ali i značajno kliničko pogoršanje, prisustvo halucinacija, disocijalne i disruptivne socijalne interakcije, pogoršanje aktivnosti svakodnevnog života i GAF skor manji od 50 (Farabee, Shen & Sanchez, 2004). Podaci procene unose se u dosije pacijenta i po otpustu osuđeni dolazi u kliniku za praćenje uslovno otpuštenih u zajednici (Parolee Outpatient Clinic – POC). Osuđeni koji su svrstani u EOP u obavezi su da prisustvuju minimum na osam uzastopnih jednonedeljnih sastanaka koji se realizuju tokom 60 dana od otpusta iz zatvora, a osuđeni u CCCMS grupi su u obavezi da prisustvuju minimum na četiri uzastopna nedeljna sastanka tokom 30 dana po otpustu. MHSCP program uključuje: individualni pristup svakom pojedincu uz intenzivno praćenje, farmakoterapiju, grupnu i individualnu terapiju. Prema rezultatima istraživanja (Farabee et al., 2004), primena MHSCP programa pokazala je smanjenje recidivizma od 7% za one osuđene OMP koji su prošli procenu i pripremu za program tokom poslednja tri meseca boravka u zatvoru, a 52% za osuđene OMP koji su po izlasku završili kompletan MHSCP.

Penalni sistem Srbije za sada odlikuju relativno dobri dijagnostički postupci za procenu rizika, potreba i kapaciteta osuđenih za promenom (Jovanić, 2018). U domaćoj literaturi nismo naišli na postojanje sistemskih, strukturisanih tretmanskim intervencijama usmerenih na rehabilitaciju i smanjenje recidivizma OMP. U prilog tome govore i rezultati istraživanja koje je obuhvatilo 27 zatvora u Srbiji (Gojković, Brroker & Owen, 2008) koji ukazuju da su zaposleni stručnjaci uključeni prvenstveno u aktivnosti administrativnih procedura i aktivnosti

koje nisu vezane za zaštitu zdravlja. Tako, na primer, zaposleni iz oblasti mentalnog zdravlja u zatvorima 87,3% radnog vremena troše na: procenu osuđenog, propisivanje i reviziju farmakoterapije, podnošenje izveštaja i administrativne aktivnosti, a samo 12,7% radnog vremena na uspostavljanje veze sa osuđenim sa mentalnim poremećajem i građenje socijalne podrške. Otežavajuća okolnost je i preveliki broj osuđenih. Ilustracije radi, u zatvorima manjeg kapaciteta svake nedelje je pet novoprimitljenih osuđenih OMP, dok u zatvorima većeg kapaciteta taj broj iznosi oko 30 osuđenih. Autori (Gojković et al., 2008) zaključuju da, iako je reforma zatvora uvela značajne promene, mentalno zdravlje osuđenih je problem niskog prioriteta za zakonodavca, a zaštita mentalnog zdravlja u zatvorima Srbije tek je u začetku i posvećuje joj se nedovoljno pažnje. Nakon sagledavanja položaja osoba s mentalnim poremećajima koje su lišene slobode Janković (2018), potvrđuje se da se osuđenima OMP ne pruža psiho-socijalni rehabilitacioni tretman, već se jedino primenjuje kontinuirana farmakoterapija.

## ZAKLJUČAK

Učešće osuđenih OMP u penalnim sistemima je značajno i veliko, bilo da je poremećaj postojao pre odlaska u zatvor ili se razvio tokom boravka u zatvoru. I pored konstantnih napora da se razbije mit o neposrednoj povezanosti mentalnih poremećaja i nasilnog ponašanja, stigmatizacija i predrasude javnosti su i dalje intenzivne, postoji težnja ka izolaciji i segregaciji OMP, što negativno utiče na njihov kvalitet života i mentalnog zdravlja. Nasuprot konsenzusu da zatvorska sredina, čak i kada je neophodan izbor, nepovoljno deluje na OMP, i dalje veliki broj završava u zatvorima, gde postaju viktimizovani, preuranjenog morbiditeta i mortaliteta. Iz tog razloga WHO (2001) predlaže da glavni ciljevi organizacije kaznene politike treba da budu usmereni na prevenciju nepropisnog zatvaranja OMP i olakšavanju njihovog upućivanja u terapijske centre. Psihijatrijska nega treba da bude redovno dostupna u

zatvorima za one slučajeve kada je smeštanje u zatvor neophodno. Potrebno je razviti i strategiju obuke kako bi se povećale kompetencije zaposlenih u pravosudnom sistemu, kako bi im se omogućilo da adekvatno zbrinjavaju mentalne poremećaje (WHO, 2001). Izazovi sa kojima se zaposleni u penalnim ustanovama konstatno susreću usmereni su na uspostavljanje ravnoteže između potrebe pružanja tretmana za osuđene OMP i istovremene zaštite društva od prestupnika. Međutim, zbog ograničenih resursa kao što su kadrovi, vreme, novac, prostor, još uvek je najčešći oblik tretmana medikamentna terapija (Brandt, 2012). Ipak, istraživanja podržavaju primenu modela u kojima intenzitet tretmana varira u zavisnosti od rizika recidivizma kod osuđenih OMP. Tretman je efikasniji ukoliko obuhvata dinamičke faktore rizika i prilagođeniji je karakteristikama pojedinca, uz korišćenje KBT metoda u smanjenju recidivizma OMP. Konstantovano je da (Jovanić, 2018) penalni sistem Srbije za sada odlikuju relativno dobri dijagnostički postupci za procenu rizika, potreba i kapaciteta osuđenih za promenom, ali i da (Gojković et al., 2008), što zbog nedovoljno edukacije, što zbog preopterećenosti brojem osuđenih, zaposleni u zatvorima čak 87,3% radnog vremena troše na: procenu osuđenog, propisivanje i reviziju farmakoterapije, administrativne i druge aktivnosti, a samo 12,7% radnog vremena na uspostavljanje veze sa osuđenim sa mentalnim poremećajem i građenje socijalne podrške. Stoga se predlaže (Gojković et al., 2008) primena adekvatnih i empirijski potvrđenih programa prema osuđenim OMP u cilju bolje kontrole simptoma mentalnog poremećaja i adekvatnog funkcionisanja unutar zatvorske sredine, ali i zarad kvalitetnije socijalne reintegracije OMP. Programi prilagođeni potrebama OMP postoje, primenjuju se u svetu, tako da je neophodno implementirati naučna i empirijska saznanja o penalnom tretmanu OMP radi poboljšanja mentalnog zdravlja OMP, redukcije recidivizma i jačanja bezbednosti društvene zajednice.

## LITERATURA

1. Andrews, D. A. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model of Correctional Assessment and Treatment. U J. A. Dvoskin, J. L. Skeem, R. W. Novaco, & K. S. Douglas (Ur.), *Using social science to reduce violent offending* (pp. 127-156), New York, NY, US: Oxford University Press. doi: 10.1093/acprof:oso/9780195384642.001.0001
2. Arango, C., Barba, A. C., Gonzalez-Salvador, T., & Ordonez, A. C. (1999). Violence in Inpatients With Schizophrenia: A Prospective Study. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 493-503. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033396
3. Arbach, K., & Pueyo, A. A. (2007). Violence Risk Assessment in Mental Disorders with HCR-20. *Papeles del Psicologo*, 28(3), 174-186.
4. Baranyi, G., Scholl, C., Fazel, S., Patel, V., Priebe, S., & Mundt, A. P. (2019). Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies. *The Lancet Global Health*, 7(4), 461-471. doi: 10.1016/s2214-109x(18)30539-4
5. Barnao, M., Robertson, P., & Ward, T. (2010). Good Lives Model Applied to a Forensic Population. *Psychiatry, psychology and law*, 17(2), 202-217. doi: 10.1080/13218710903421274
6. Barnao, M., Ward, T., & Robertson, P. (2016). The Good Lives Model: A New Paradigm for Forensic Mental Health. *Psychiatry, Psychology and Law*, 23(2), 288-301. doi: 10.1080/13218719.2015.1054923
7. Biernat, M., & Dovidio, J. F. (2000). Stigma and stereotypes. U T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl (Ur.), *The social psychology of stigma*. New York: Guilford Press. pp. 88-125.
8. Blackburn, R. (2004). „What works” with mentally disordered offenders. *Psychology, Crime and Law*, 10(3), 297-308. doi: 10.1080/10683160410001662780
9. Bonta, J., Blais, J., & Wilson, H. A. (2013). *The Prediction of Risk for mentally Disordered Offenders: A Quantitative Synthesis. Correction Research*. Canada. Preuzeto sa: <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/prdctn-rsk-mntlly-dsrdrd/prdctn-rsk-mntlly-dsrdrd-eng.pdf>

10. Bradley, K. (2009). *The Bradley Report: Lord Bradley's review of people with mental health problems or learning disabilities in the criminal justice system*. London: Department of Health.
11. Brandt, A. L. (2012). Treatment of Persons with Mental Illness in the Criminal Justice System: A Literature Review. *Journal of Offender Rehabilitation*, 51(8), 541-558. doi: 10.1080/10509674.2012.693902
12. Brugha, T., Singleton, N., Meltzer, H., Bebbington, P., Farrell, M., Jenkins, R., ... & Lewis, G. (2005). Psychosis in the Community and in Prisons: A Report from the British National Survey of Psychiatric Morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 162(4), 774-780. doi: 10.1176/appi.ajp.162.4.774
13. Caravaca S. F., & Wolff, N. (2016). Self-report rates of physical and sexual violence among Spanish inmates by mental illness and gender. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 27(3), 443-458. doi: 10.1080/14789949.2016.1145721
14. Ćirić, Z. (2007). Viktimizacija psihijatrijskih bolesnika. *Temida*, 10(3), 3-9. doi: 10.2298/tem0703003c
15. Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The Self-Stigma of Mental Illness: Implications for Self-Esteem and Self-Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875-884. doi: 10.1521/jscp.2006.25.8.875
16. Daquin, J. C., & Daigle, L. E. (2017). Mental disorder and victimisation in prison: Examining the role of mental health treatment. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 28(2), 141-151. doi: 10.1002/cbm.2056
17. Douglas, K. S., Guy, L. S., & Hart, S. D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 135(5), 679-706. doi: 10.1037/a0016311
18. Đurđević, S. (2016). *Razlike u karakteristikama ličnosti i vrednosnim orijentacijama osuđenih na kazne zatvora i na alternativne kazne*. Beograd: Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju. Doktorska disertacija.
19. Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 152-161. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.537



20. Eno L. J., & Skeem, J. L. (2013). How do probation officers assess and manage recidivism and violence risk for probationers with mental disorder? An experimental investigation. *Law and Human Behavior*, 37(1), 22-34. doi: 10.1037/h0093991
21. Farabee, D., Shen, H., & Sanchez, S. (2004). Program-Level Predictors of Antipsychotic Medication Adherence among Parolees. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48(5), 561-571. doi: 10.1177/0306624x04263884
22. Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545-550. doi: 10.1016/S0140-6736(02)07740-1
23. Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364-373. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096370
24. Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 871-881. doi: 10.1016/s2215-0366(16)30142-0
25. Forrester, A., Till, A., Simpson, A., & Shaw, J. (2018). Mental illness and the provision of mental health services in prisons. *British Medical Bulletin*, 127(1), 101-109. doi:10.1093/bmb/ldy027
26. Gojković, D., Broker, C., & Owen, S. (2008). Evaluacija zatvorskih službi za mentalno zdravlje u Srbiji – nacionalno istraživanje. *Psihijatrija danas*, 40(2), 123-136.
27. Gottfried, E. D., & Christopher, S. C. (2017). Mental Disorders Among Criminal Offenders. *Journal of Correctional Health Care*, 23(3), 336-346. doi: 10.1177/1078345817716180
28. Goulet, M., Larue, C., & Dumais, A. (2017). Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 34, 139-146. doi: 10.1016/j.avb.2017.01.019
29. Haney, C. (2017). „Madness” and penal confinement: Some observations on mental illness and prison pain. *Punishment and Society*, 19(3), 310-326. doi: 10.1177/1462474517705389



30. Hare, R. D. (2016). Psychopathy, the PCL-R, and criminal justice: Some new findings and current issues. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 57(1), 21-34. doi: 10.1037/cap0000041
31. Harris, G. T., Rice, M. E., & Quinsey, V. L. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior*, 20(4), 315-335. doi: 10.1177/0093854893020004001
32. Hilton, N. Z., Harris, G. T., & Rice, M. E. (2006). Sixty-Six Years of Research on the Clinical Versus Actuarial Prediction of Violence. *The Counseling Psychologist*, 34(3), 400-409. doi: 10.1177/0011000005285877
33. Home Office. (2002). *Offender Assessment System: OASys: User Manual*. London: Home Office.
34. Hutton, N. (2019). Articulating the custody threshold. *Law and Contemporary Problems*, 82(1), 1-16.
35. Ilijić, Lj. (2014). *Osuđeni i deprivacije – uticaj karakteristika ličnosti na intenzitet deprivacija*. Beograd: Institut za kriminološka i sociološka istraživanja.
36. James, D. J., & Glaze, E. (2006). *Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates*. Washington, DC: U.S. Department of Justice. Preuzeto sa: <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/mhppji.pdf>
37. Janković, M. (2018). Položaj osoba sa mentalnim smetnjama lišenih slobode. *Sociologija*, 60(4), 856-879. doi: 10.2298/SOC1804856J
38. Jovanić, G. (2010). Potrebe za tretmanom i njegova realizacija u penitensijarnim uslovima. U V. Žunić Pavlović, & M. Kovačević Lepojević (Ur.), *Prevenција i tretman poremećaja ponašanja*. Beograd: Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, str. 257-276.
39. Jovanić, G. (2011). Izvršenje kazne zatvora i društvena kriza. U Z. Isailović (Ur.), *Zbornik radova Međunarodne naučne konferencije „Pravni sistem i društvena kriza”*, Sveska druga. Kosovska Mitrovica: Univerzitet u Prištini sa privremenim sedištem u Kosovskoj Mitrovici – Pravni fakultet, 22. 6. 2011, str. 477-494.
40. Jovanić, G. (2014). (Ne)sigurnost u zatvorima. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 13(2), 141-172. doi: 10.5937/specedreh13-6128

41. Jovanić, G. (2018). Penalni tretman nasilnika. U J. Petrović, & G. Jovanić (Ur.). *Zbornik radova „Ne nasilju – jedinstveni društveni odgovor”*. Banja Luka: Centar modernih znanja, 25–27. 5. 2018, str. 21-32.
42. Jovanić, G., & Žunić-Pavlović, V. (2018). Primena principa rizika, potreba i responzivnosti u penalnom tretmanu seksualnih prestupnika. U O. Vujović (Ur.), *Zbornik radova naučnog skupa sameđunarodnim učešćem „Univerzalno i osobeno u pravu”*. Kosovska Mitrovica: Univerzitet u Prištini sa privremenim sedištem u Kosovskoj Mitrovici – Pravni fakultet, 18. 5. 2018, str.115-138.
43. Jovanić, G., Ilijić, Lj., & Mitrović, V. (2016). Mortalitet osoba lišenih slobode u penalnom sistemu. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 15(2), 141-172. doi: 10.5937/specedreh15-10345
44. Jovanić, G., Žunić-Pavlović, V., & Petrović, V. (2018). Napredak u proceni rizika nasilja u funkciji penalne prakse. U G. Odović (Ur.), *Nacionalni naučni skup „Metode procene u specijalnoj edukaciji i rehabilitaciji”*. Beograd: Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, 24. 12. 2018, str. 107-113.
45. Jović, V. (2017). Osobe sa mentalnim smetnjama lišene slobode. Preuzeto sa: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:CAxrsiBbKAgJ:https://www.ombudsman.rs/attachments/article/4540/Lisavanje%2520slobode%2520lica%2520sa%2520mentalnim%2520smetnjama.docx+&cd=1&hl=sr-Latn&ct=clnk&gl=rs>
46. Kingston, D. A., Olver, M. E., McDonald, J., & Cameron, C. (2018). A randomised controlled trial of a cognitive skills programme for offenders with mental illness. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 28(4), 369-382. doi: 10.1002/cbm.2077
47. Kuipers, E., & Bebbington, P. (2006). Cognitive behaviour therapy for psychosis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 15(4), 267-275. doi:10.1017/s1121189x00002153
48. Kuzmanović, M. (2018). *Uticaj specijalizovanog penalnog tretmana na redukciju rizika recidivizma kod seksualnih delinkvenata*. Beograd: Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju. Doktorska disertacija.
49. Lafortune, D. (2010). Prevalence and screening of mental disorders in short-term correctional facilities. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(2), 94-100. doi: 10.1016/j.ijlp.2009.12.004

50. Ljubičić, M. M. (2013). *Sociopatološki profil i tretman lica smještenih na liječenje i čuvanje u zatvorsku psihijatrijsku bolnicu*. Beograd: Univerzitet u Beogradu – Filozofski fakultet. Doktorska disertacija.
51. Marić, B. (1999). *Samopovređivanje osuđenih lica*. Beograd: Univerzitet u Beogradu – Defektološki fakultet. Doktorska disertacija.
52. McPherson, W. (2008). Managing the mental health population at the Browards Sheriff's office. *Corrections Today*, 70(3), 62-67.
53. Monahan, J., Steadman, H. J., Robbins, P. C., Appelbaum, P., Banks, S., Grisso, T., ... & Silver, E. (2005). An Actuarial Model of Violence Risk Assessment for Persons with Mental Disorders. *Psychiatric Services*, 56(7), 810-815. doi: 10.1176/appi.ps.56.7.810
54. Morgan, R. D., Flora, D. B., Kroner, D. G., Mills, J. F., Varghese, F., & Steffan, J. S. (2012). Treating offenders with mental illness: A research synthesis. *Law and Human Behavior*, 36(1), 37-50. doi: 10.1037/h0093964
55. Morgan, R. D., Kroner, D. G., Mills, J. F., Bauer, R. L., & Serna, C. (2014). Treating justice involved persons with mental illness: Preliminary evaluation of a comprehensive treatment program. *Criminal Justice and Behavior*, 41(7), 902-916. doi: 10.1177/0093854813508553
56. Mrvić-Petrović, N. (2007). Krivično-pravni položaj lica sa mentalnim poremećajima. *Temida*, 1(3), 39-46. doi: 10.2298/tem07003039m
57. Mušicki, V. R. (2017). *Konstrukcija mentalnog poremećaja korisnika psihijatrijskih usluga u Srbiji*. Beograd: Univerzitet u Beogradu – Filozofski fakultet. Doktorska disertacija.
58. National Health Service England and Public Health England. (2017). *Mental health in prisons*. London: Report by the Comptroller and Auditor General.
59. Nestor, P. G. (2002). Mental Disorder and Violence: Personality Dimensions and Clinical Features. *American Journal of Psychiatry*, 159(12), 1973-1978. doi: 10.1176/appi.ajp.159.12.1973
60. Norko, M. A., & Baranoski, M. V. (2005). The State of Contemporary Risk Assessment Research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(1), 18-26. doi: 10.1177/070674370505000105
61. Pare, P., & Logan, M. W. (2011). Risks of minor and serious violent victimization in prison: The impact of inmates' mental disorders,

- physical disabilities, and physical size. *Society and Mental Health*, 1(2), 106-123. doi: 10.1177/2156869311416828
62. Petrović, V., & Jovanić, G. (2017). Dodela uslovnog otpusta i faktori rizika recidivizma. *Zbornik Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja*, 36(2), 45-60.
63. Petrović, V., & Jovanić, G. (2018). Deprivacija slobode tokom izvršenja zatvorske kazne. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 17(4), 477-500. doi: 10.5937/specedreh17-17878
64. Petrušić, N. (2007). Postupak za prinudnu hospitalizaciju osoba sa mentalnim poremećajima u svetlu standarda zaštite ljudskih prava. *Temida*, 9(3), 25-39. doi: 10.2298/tem0703025p
65. Polaschek, D. L. L. (2012). An appraisal of the risk-need-responsivity (RNR) model of offender rehabilitation and its application in correctional treatment. *Legal and Criminological Psychology*, 17(1), 1-17. doi: 10.1111/j.2044-8333.2011.02038.x
66. Rahman, I. (2019). Undoing the bail myth: Pretrial reforms to end mass incarceration. *Fordham Urban Law Journal*, 46(4), 845-875.
67. Sainsbury Centre for Mental Health. (2009). Briefing 39: Mental health care and the Criminal Justice System. Preuzeto sa: [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:YHVFD42NLPgJ:https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-09/briefing\\_39\\_revised.pdf+&cd=1&hl=sr-Latn&ct=clnk&gl=rs](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:YHVFD42NLPgJ:https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-09/briefing_39_revised.pdf+&cd=1&hl=sr-Latn&ct=clnk&gl=rs)
68. Schneider, R. D. (2010). Mental health courts and diversion programs: A global survey. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(4), 201-206. doi: 10.1016/j.ijlp.2010.07.001
69. Scott, L. N., Stepp, S. D., & Pilkonis, P. A. (2014). Prospective associations between features of borderline personality disorder, emotion dysregulation, and aggression. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(3), 278-288. doi: 10.1037/per0000070
70. Silver, E., & Teasdale, B. (2005). Mental Disorder and Violence: An Examination of Stressful Life Events and Impaired Social Support. *Social Problems*, 52(1), 62-78. doi: 10.1525/sp.2005.52.1.62
71. Simons, D. A., McCullar, B., & Tyler, C. (2006). *Evaluation of the good lives model approach to treatment planning*. In 25th annual association for the treatment of sexual abusers research and treatment conference, Chicago, IL.

72. Singleton, N., Meltzer, H., Gatward, R., Coid, J., & Deasy, D. (1998). *Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales*. London: The Stationery Office.
73. Skeem, J. L., Steadman, H. J., & Manchak, S. M. (2015). Applicability of the Risk-Need-Responsivity Model to Persons With Mental Illness Involved in the Criminal Justice System. *Psychiatric Services*, 66(9), 916-922. doi: 10.1176/appi.ps.201400448
74. Smith, P. S. (2006). The Effects of Solitary Confinement on Prison Inmates: A Brief History and Review of the Literature. *Crime and Justice*, 34(1), 441-528. doi: 10.1086/500626
75. Stojnov, D. (2005). Društvena konstrukcija normalnosti i njenih granica. U A. Dimitrijević (Ur.), *Savremena shvatanja mentalnog zdravlja i poremećaja*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, str. 287-321.
76. Swanson, J. W., McGinty, E. E., Fazel, S., & Mays, V. M. (2015). Mental illness and reduction of gun violence and suicide: bringing epidemiologic research to policy. *Annals of Epidemiology*, 25(5), 366-376. doi: 10.1016/j.annepidem.2014.03.004
77. Teasdale, B., Daigle, L. E., Hawk, S. R., & Daquin, J. C. (2016). Violent victimization in the prison context: An examination of the gendered contexts of prison. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 60(9), 995-1015. doi: 10.1177/0306624x15572351
78. Walmsley, R. (2016). *World Prison Population, 11th edn*. London: Institute for Criminal Policy Research.
79. Webermann, A. R., & Brand, B. L. (2017). Mental illness and violent behavior: the role of dissociation. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(1), 1-13. doi: 10.1186/s40479-017-0053-9
80. Wehring, H. J., & Carpenter, W. T. (2011). Violence and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(5), 877-878. doi:10.1093/schbul/sbr094
81. Willis, G. M., Ward, T., & Levenson, J. S. (2014). The Good Lives Model (GLM) An Evaluation of GLM Operationalization in North American Treatment Programs. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 26(1), 58-81. doi: 10.1177/1079063213478202
82. Winters, G. M., Greene-Colozzi, E., & Jeglic, E. L. (2017). Preventing suicide in forensic settings: assessment and intervention for

- inmates with serious mental illness. *Journal of Correctional Health Care*, 23(4), 383-397. doi: 10.1177/1078345817725047
83. Wiseman, S. R. (2018). Bail and mass incarceration. *Georgia Law Review*, 53(1), 235-280.
84. Witt, K., van Dorn, R., & Fazel, S. (2013). Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies. *PLoS ONE*, 8(2), e55942. doi:10.1371/journal.pone.0055942
85. Wolff, N., Blitz, C. L., & Shi, J. (2007). Rates of Sexual Victimization in Prison for Inmates With and Without Mental Disorders. *Psychiatric Services*, 58(8), 1087-1094. doi: 10.1176/ps.2007.58.8.1087
86. World Health Organisation (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO. Preuzeto sa: [www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1).
87. World Health Organisation (2005). *WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*. Geneva: WHO. Preuzeto sa: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/who\\_resource\\_book\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/who_resource_book_en.pdf)
88. World Health Organisation (2006). *Collaborating Centre for the Health in Prison Project Department of Health Improving The Mental Health of The Population, A submission in response to the EU Green Paper*. London: WHO.
89. Young, S., Das, M., & Gudjonsson, G. H. (2016). Reasoning and Rehabilitation cognitive skills programme for mentally disordered offenders: Predictors of outcome. *World Journal of Psychiatry*, 6(4), 410-418. doi: 10.5498/wjp.v6.i4.410
90. Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama. „Službeni glasnik RS”, (2013), 45.

## **POSITION AND TREATMENT OF CONVICTS WITH MENTAL DISORDERS IN PENAL SYSTEM**

Slađana Milošević\*, Goran Jovanić\*\*, Vera Petrović\*\*

*\*Institute for Mental Health, Belgrade, Serbia*

*\*\*University of Belgrade – Faculty of Special Education and Rehabilitation,  
Serbia*

### **Summary**

Persons with mental illnesses may be deprived of their freedom should they be associated with committing crime. The rate of convicts with mental disorders in prisons ranges between 15% and 25%. Their detention negatively affects their mental health, increases recidivism risks and reduces the possibility of rehabilitation. Penal treatments practiced in the world are focused on their criminogenic needs, whilst in Serbia, despite the existence of official instruments for assessing convicts' risks, needs and capacity for change, there have not been any research studies on application of effective treatments in penal institutions for convicts with mental disorders. The aim of the paper was to demonstrate the presence frequency of mentally ill convicts in penal system, the specificity of the status of simultaneously ill and incarcerated persons, the normative rules which determine their sanctions, specific recidivism risk assessment instruments and specialized effective treatments in foreign penal systems of this dually stigmatized population.

**Key words:** mental disorders, convicts, risk, treatment, security measures

*Primljeno: 13.09.2019.*

*Prihvaćeno: 09.11.2019.*