

INSTITUCIONALNI PENOLOŠKI PROGRAMI S OVISNICIMA O ILEGALNIM DROGAMA¹

Dalibor Doležal

Anita Jandrić

Sveučilište u Zagrebu

Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Odsjek za poremećaje u ponašanju

SAŽETAK

U radu se daje pregled nekih institucionalnih penoloških programa rada s ovisnicima o ilegalnim drogama koji se provode u svijetu. U uvodnom dijelu govori se o potrebi programiranog tretmana s osuđenim osobama u penalnim institucijama općenito, a potom se posebna pozornost posvećuje programima tretmana s ovisnicima o ilegalnim drogama. Dat će se prikaz američkih i europskih programa.

U Republici Hrvatskoj nema institucionalnog programa s ovisnicima, osim jednog koji se trenutno provodi u Okružnom zatvoru Zagreb u suradnji s Centrom za prevenciju ovisnosti u Zagrebu, a pod voditeljstvom nastavnika i znanstvenika Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta. Ovaj se program provodi prema nekim modelima u inozemstvu i prilagođen je prilikama u hrvatskim penalnim institucijama, a u radu se razmatra primjena i nekih drugih programa, uz očekivane modifikacije.

Ključne riječi: penološki programi, ovisnici

1. UVOD

Općenito se za pojam rehabilitacija može reći da je izuzetno složen. Kako glagol «habilitare» znači «osposobiti» za nešto, glagol «re-habilitare» značio bi «ponovo osposobiti» nekoga za nešto odnosno razviti mu sposobnost za nešto. Ako promatramo ovaj glagol u kazneno-pravnom smislu, riječ «nešto» ima sasvim određeno značenje, tj. uključiti se u društvo i živjeti bez kršenja određenih društvenih pravila (Kanduč, 1996). Tako bi se riječ rehabilitacija mogla definirati kao sprječavanje nekoga tko je prekršio neku društvenu važeću normu i pripremiti ga da to više ne čini.

Prema definiciji Secresta, Whitea i Browna (1979:20-21; prema Palmer, 1999) rehabilitacija znači vraćanje kriminalca na način života u kome se poštuje zakon – kroz tretman. Točnije, to je rezultat

bilo koje planirane intervencije usmjerene na počinitelja koji ide u pravcu reduciranja kriminalne aktivnosti, bilo da je postignuta promjena u ličnosti, sposobnostima (vještinama), vrijednostima ili ponašanju. Iz rehabilitacije su isključeni oni njeni učinci koji se temelje na bojazni i zastrašivanju – odnosno na prevenciji zločina zastrašivanjem – kao i učinci temeljeni na sazrijevanju (maturaciji) što starije počinitelje navodi da napuste zločinački život (Secrest, White i Brown, 1979:20-21; prema Palmer, 1999)

Pretpostavke rehabilitacijskog modela, kao i politika koja iz njega proistječe, posve su različite od onih koje nudi model zastrašivanjem i model retribucije (prema zaslugi). Naime, to stajalište pretpostavlja da se počinitelj pomoću tretmana može promijeniti, štoviše, kroz naglasak na tretman, a ne

¹ Ovaj rad je dio projekta "Institucionalni i poslijepenalni tretman ovisnika u RH" kojeg pod šifrom 0131111 financira Ministarstvo znanosti i tehnologije RH, a voditeljica je prof.dr.sc. Ljiljana Mikšaj-Todorović

samo na smještanje u zatvor. Princip koji stoji u osnovi tretmanskog programa je da se «počinitelj vrati društvu, ne kroz negativni vakuum kazne koja je izazvala strah, nego afirmativno i konstruktivno opremljen – fizički, mentalno i moralno – za poštivanje zakona» (Wiehofen, 1971:261)

Bitnim se čini naglasiti da je vjerovanje u vrijednost programa tretmana u zatvorima prošlo kroz povijest brojne oscilacije. Kontroverza o rehabilitaciji generalno se javlja na dvije linije. Prva uključuje diskusiju o teoretskim postavkama, točnije pretpostavkama i mogućnostima, a druga je usmjerena na njezin provedbeni dio, odnosno na izradu, implementaciju i evaluaciju programa tretmana (Welch, 1995). Stručnjaci koji podržavaju rehabilitativne programe kreću od dvije osnovne pretpostavke. Prva je pretpostavka da je društveno neprihvatljivo ponašanje rezultat postojanja određenih psiholoških nedostataka i loših socijalnih uvjeta ili kombinacija jednog i drugog. Druga je ukorijenjena u uvjerenju da se počinitelj bilo kojeg kaznenog djela može uspješno promijeniti u osobu koja živi u skladu s društvenim normama (Welch, 1995).

Sumnja u rehabilitacijski pristup pojavila se još prije 30-ak godina nakon što je izašao članak američkog autora Roberta Martinsona pod naslovom "What works? Questions and answers about prison reform." (Martinson, 1974; prema Henning i Freuh, 1996), u kojem autor, nakon što je obradio mnogobrojne podatke o uspjehu raznih tretmanskih programa, razvio tezu "nothing works!", koju su mnogi autori nastojali osporiti tijekom godina (Van Voorhis, 1987, Palmer, 1975, Izzo i Ross, 1990; prema Lipton, 1995a) izjavio da "neki tretmanski programi u određenoj mjeri utječu na pojavu recidiva".

Nakon tog članka, znanstvenici i istraživači nastojali su pronaći načine kako napraviti dobar, funkcionalan program te na čemu bi se on trebao temeljiti. Andrews i Bonta (1994; prema Gendrau, 1996) napravili su dvije kategorije rizičnih čimbenika prema kojima se može temeljiti rehabilitacijski program. U prvu kategoriju idu tzv. "statični čimbenici" u koje spadaju ranija osuđivanost, težina ranijih djela i sl. U drugoj skupini su "dinamični čimbenici" koji se još nazivaju i kriminogenim potrebama u koje spadaju antisocijalne vrijednosti, ponašanja i sli. S obzirom na kategoriju u koju su stavljeni ovi čimbenici, znanstvenici su došli do zaključka da je za uspješan tretman potreban rad temeljen na mijenjanju dinamičkih čimbenika zbog njihove, logično, promjenjivosti, ali i stoga jer su ove osobine značajne za predikciju budućeg antisocijalnog ponašanja.

U današnje vrijeme još uvijek postoje sumnje u rehabilitacijski pristup radu sa zatvoreničkom populacijom (Whitehead i Lab, 1989; prema Gendrau, 1996), no ipak, većina autora slaže se da je to jedini pravilan način, s obzirom da bi općenito represivni sustav mjera bez individualiziranja potreba zatvorenika samo pogoršao njihovu situaciju (Polcin, 2000; prema Doležal, 2001) te bi se ti zatvorenici nakon izlaska iz ustanove vratili u zajednicu s još većim negativnim stavom spram društvenih normi, što može rezultirati recidivom u činjenju teških zločina. Bitna značajka rehabilitacijskog pristupa jeste i individualizacija tretmana prema osobnim potrebama pojedinca (Damjanović, Šarić i Mikšaj-Todorović, 2000; Farabee i Simpson, 1995; Mikšaj-Todorović, Buđanovac, Brgles, 1998), jer, iako se za potrebe tretmana vrši grupiranje zatvorenika u određene skupine, ipak se svaka osoba razlikuje od druge s obzirom na svoju osobnost te obilježja zajednice iz koje potječe (Pinatel, 1960; prema Damjanović, Šarić i Mikšaj-Todorović, 2000).

Koliko god se tretman osuđenih osoba smatrao bezuspješnim, istraživanja pokazuju da je to isplativ i društveno koristan posao (NIDA, 1985). Rezultati tretmana kod pojedinca bit će, među ostalim, proporcionalni kvaliteti primijenjene metodologije terapijskog rada i angažmana članova tretmanskog tima, a s druge strane i mogućnosti da se u vanjskim uvjetima života ovisnika postignu neke pozitivne promjene (NIDA, 1984). Jasno je, međutim, da će rezultat tretmana ovisiti i o mnogobrojnim drugim čimbenicima (prisustvo ili odsustvo psihijatrijskih poremećaja, vrsta ovisnosti, trajanje ovisnosti, itd.). Inciardi i Martin (1997) smatraju da individualizirani pristup tretmanu, koji vodi računa o svim tim specifičnostima i koji istovremeno radi i sa osuđenikovom okolinom, može rezultirati povoljnim ishodom.

2. TRETMAN OSUĐENIH OVISNIKA O ILEGALNIM DROGAMA

Penalni tretman ovisnika o drogi predstavlja izuzetno složeno pitanje jer, kad je riječ o osuđenima koji su ovisni o drogama onda, pored općih načela na kojima počiva sustav izvršenja, valja imati pred očima i niz posebnosti koje postoje kod ove populacije u cjelini i takvih osoba pojedinačno.

Rački (1994) smatra da osobe ovisne o drogama predstavljaju izuzetno osjetljivu i složenu populaciju, koja i u najbrižljivije strukturiranim prilikama može izazvati niz problema, uključivši i one koji se tiču njihova vlastita integriteta, a efekti njihova tretmana uvijek su dosta neizvjesni, najčešće vrlo slabi.

Istraživanja pokazuju da su stručnjaci (Johnson i Belfer, 1995; Hiller i Knight, 1999; Blankenship i Danserau, 1999; Hollin, 1999) uglavnom suglasni u tomu da rad s ovisnicima mora biti sveobuhvatan i utemeljen na najboljim zasadama interdisciplinarnе suradnje i timskog rada, te mora počivati na programu koji je maksimalno individualiziran. Ova opća načela imaju posebnu težinu kada se radi o osuđenim ovisnicima.

Spomenutu tvrdnju da se radi o vrlo delikatnom pitanju potkrepljuje i činjenica da postoji nekoliko problema specifičnih za ovu skupinu osuđenih osoba: apstinencijska kriza, primjena alternativnih modela terapije (terapija metadonom), odsustvo motivacije za rad, predrasude djelatnika u zatvorima i kaznicama, nedovoljna educiranost tretmanskog i ostalog osoblja u takvim ustanovama, prekinute ili poremećene veze osuđenih ovisnika sa njihovim bližnjima, razorene obitelji, neriješeno pitanje postpenalnog prihvata, itd (Johnson i Belfer, 1995; prema Jandrić, 2001). Bitno je naglasiti da je ovisnika neophodno osloboditi prisustva droge da bi uopće mogao započeti bilo kakav terapijski odnos. Tek nakon riješene apstinencijske krize može se započeti sa motivacijskim postupkom kojemu je cilj mobilizirati i jačati subjektivne snage pojedinca kako bi prihvatio proces promjene. Kod ovisnika koji se, uvjetno rečeno, javljaju dobrovoljno na liječenje to ide jako teško, pa možemo samo zamisliti onda koliko je teško taj postupak pokrenuti prisilno, u zatvoru. Međutim, u tretmanu ovisnika zatvoreni sustav ima i nekih velikih prednosti, od kojih je sigurno najvažnija slijedeća: ovisnik u zatvoru, za razliku od ovisnika na slobodi, u prvoj fazi „liječenja“ ne troši energiju na svladavanje dvojbe „uzeti drogu ili ne?“. Tamo droge nema (bolje reći, do nje je teže doći nego na slobodi!) i ovisnik je pod stalnom liječničkom kontrolom, radi čega i svladavanje apstinencijske krize u tim uvjetima znatno kraće traje i uspješnije se provodi (Walters, 1996).

Ovisnička populacija, s obzirom na svoju specifičnu problematiku, ima veoma širok krug potreba na koje se mora obratiti pozornost prilikom odabira tretmana. U jednom novijem istraživanju provedenom u nekim europskim zemljama (Guggenbuhl, Uchtenhagen i Paris, 2000) upravo su potrebe te populacije bile glavna tema kroz koju se raspravljalo o specifičnim tretmanima. Došli su do zaključka da se u radu s ovisnicima o drogi može napraviti razlika između subjektivnih potreba (iz njihovog kuta gledanja) za socijalnom, materijalnom i tretmanskom podrškom radi prestanka ovisnosti i/ili mogućnosti za životom, te objektivnih tretmanskih potreba koje se mogu utvrditi na rezultatima sistematskih istraživanja o vrsti i intenzitetu ovisnosti

među populacijom i među ovisnicima. Subjektivna potpora rodbine i prijatelja ovisnika također je od važnosti (koju vrstu potpore trebaju za sebe kao i za ovisnika kako bi mogli živjeti s njim ili biti u mogućnosti podupirati ga?). U nekim zemljama (npr., Danskoj i Češkoj Republici) potrebe ovisnika stavljaju se na prvo mjesto, te su rezultati takvih programa pokazali visoku uspješnost (Guggenbuhl, Uchtenhagen i Paris, 2000).

Kroz dugi niz godina znanstvenici su pokušavali doći do rehabilitacijskih modela koji bi bili učinkoviti u radu s ovisničkom populacijom. Kao jedna od važnijih činjenica koje pokazuju zašto se dosadašnji programi nisu pokazali učinkovitima jeste činjenica da se problem ovisnosti gledao kao „bolest“ (Peele, <http://peele.sas.nl/lib/cultconc.html>) te se kao takav tretirao u okviru medicinskih istraživanja. Ovisnost je tako gledana kao simptom nekih drugih psihijatrijskih poremećaja, koji su onda tretirani sukladno pravilima medicinske nauke, dakle raznim medikamentima (Peele, <http://peele.sas.nl/lib/cultconc.html>; Polcin, 2000; prema Doležal, 2001), bez uključivanja zajednice iz koje ovisnik dolazi.

Novija istraživanja pokazuju da se uspješnim u tretmanu ovisnika pokazao kognitivno-bihevioralni pristup ovisničkoj problematici (Weeks, Milison i Lightfoot, www.csc-ssc.gc.ca; Annis, 1990; Farabee i Simpson, 1995; Annis i Chan, 1983; Polcin, 2000; prema Doležal, 2001)

Weeks, Milison i Lightfoot (www.csc-ssc.gc.ca) ističu tri važna čimbenika pri određivanju tretmana ovisnika: ozbiljnost problema ovisnosti, vjerojatnost mogućeg recidiva te kvaliteta tretmana. Annisova (1990) u svom istraživanju ističe slijedeće oblike tretmana koji su se pokazali uspješnima: trening socijalnih vještina, obiteljska i bračna terapija, bihevioralna samokontrola i sl.

Potrebno je naglasiti da je motiviranost osobe da uđe u tretman te ga i završi, od iznimne važnosti (Annis, 1990; Farabee i Simpson, 1995.). Sukladno toj činjenici, Miller (1985; prema Farabee i Simpson, 1995) je naveo neke od motivacijskih tehnika koje mogu pomoći pri odlučivanju ovisnika o uključivanju u određeni tretman: feedback, personalizirani feedback, grupna terapija, smanjenje privlačnosti upotrebe droge te Minnesota model. Di Clemente i Prochaska (1986; prema Farabee i Simpson, 1995) ističu faze kroz koje ovisnik prolazi prilikom liječenja od ovisnosti: pre-kontemplacija, kontemplacija, determinacija, akcija, održavanje te recidiv. Potrebno je uspješno proći sve ove faze, jer zadržavanje na određenoj fazi može dovesti do recidiva te je tako uzrok smanjenju uspješnosti programa.

Polcin (2000; prema Doležal 2001), u svom radu ističe nekoliko oblika kognitivno-bihevioralnih pristupa koji su se pokazali uspješnima: profesionalno savjetovanje i specijalni programi (programi socijalnih modela, terapijska zajednica, metadonski programi, dnevne bolnice i sl.).

Zašto je kognitivno-bihevioralni pristup najučinkovitiji? Iz jednostavnog razloga što on pruža najširu lepezu rehabilitacijskih pristupa koji obuhvaćaju gotovo sva polja društvenog i osobnog života pojedinca te je tako moguće maksimalno individualizirati program sukladno potrebama ovisnika.

No, iako podaci govore o znatnoj uspješnosti ovog pristupa, ne smijemo zaboraviti da se ovaj pristup temelji i na društvenom kontekstu zajednice u kojoj se primjenjuje te ga je potrebno prilagodavati društvenim promjenama koje itekako utječu na potrebe pojedinaca, ovisnika i ne-ovisnika (Jandrić, 2001).

Kada govorimo o nužnosti tretmana osuđenih ovisnika o drogi, nije niti potrebno više naglašavati neophodnost kvalitetnih programa, te potrebu za dodatnom edukacijom stručnih timova koji bi takve edukacije provodili, budući da se radi o populaciji sa nekim specifičnim svojstvima o kojima treba voditi računa prilikom provođenja adekvatnog programa (Pearson i Lipton, 1999).

Istraživanja su pokazala da intenzivna rehabilitacija populacije ovisnika o drogama, započeta još u zatvoru, smanjuje stopu kriminaliteta i recidiva u ovisnost jednom kada osuđenik izađe na slobodu (Andrews, 1990, Genderau, 1996; prema Hiller i Knight, 1999; Shearer i Carter, 1999; Lipton, 1995a).

Lipton (1995b) tvrdi da su dugoročni programi, a posebice terapijske zajednice, najzaslužniji za smanjenje ovisničkog kriminaliteta nakon otpusta. Ovu tezu potvrdila su i brojna druga istraživanja (Field, 1989, Inciardi, Martin, Butzin, Hooper i Harrison, 1997, Knight, Simpson, Chatham i Chamacho, 1997, Wexler, De Leon, Thomas, Kressel i Peters 1999; prema Hiller i Knight, 1999).

O terapijskim zajednicama, kao jednom od najučinkovitijih oblika tretiranja osuđenih ovisnika, vršena su mnoga istraživanja. Istraživanje "Stay'n Out" programa (Wexler i Williams, 1986; prema Blankenship i Denserau, 1999), kao jedne od prvih oblika terapijske zajednice u zatvoru u SAD-u, pokazalo je da je stopa recidiva znatno manja kod osuđenih ovisnika koji su bili uključeni u program nego kod kontrolne skupine, dakle osuđenici koji nisu bili uključeni ni u kakve oblike tretmana.

Analiza učinkovitosti druge terapijske zajednice, također provedene u SAD-u, obuhvatila je razdoblje dvije godine nakon otpusta, a rezultati su

pokazali da je stopa uhićenja kod osoba koje su bile uključene u ovakav oblik tretmana 20% manja nego kod skupine koja nije bila u tretmanu (Platt, Husband i Taube, 1991; prema Blankenship i Dansereau, 1999:31).

Ostali programi provedeni u zatvoru, kao što su KEY/CREST program (Inciardi, 1997, Nielsen, Scarpitti i Inciardi, 1996; prema Blankenship i Dansereau, 1999), "Cornerstone Program" (Field, 1985, 1989; prema Blankenship i Dansereau, 1999) i program AMITY (Weksler, DeLeon, Thomas, Kressel i Peters, 1992; prema Blankenship i Dansereau, 1999) pokazali su također iznimne rezultate u smanjenju recidivizma i ponovo potvrdili tezu o uspješnosti terapijskih zajednica kao jednom od oblika tretmana koji je najpogodniji za ovisničku populaciju.

3. TERAPIJSKA ZAJEDNICA KAO MODEL RADA S OSUĐENIM OVISNICIMA O ILEGALNIM DROGAMA

Prema podacima European Monitoring Centre for Drugs and Alcohol Addiction (Stöver, von Osietzky, 2001; www.emcdda.org) tretmani ovisnika u zatvorima zemalja europske unije predominantno se provode u okvirima posebnih odjela (posebna zatvorska krila, terapijske zajednice). Pristup ovim programima dobrovoljan je, ali osuđenici ipak moraju ispunjavati neke uvjete. Glavni cilj ovih tretmanskih modela je apstinencija, stoga kontrola urina igra važnu ulogu u osiguranju stanja apstinencije. Ovi programi većinom se odvijaju unutar posebnih odjela zatvora koji nemaju doticaj s ostalom zatvoreničkom populacijom te imaju visok stupanj kontrole (www.emcdda.org).

Kako je terapijska zajednica jedna od glavnih metoda rada s osuđenim ovisnicima u europskim i američkim zatvorima, u ovom ćemo radu dati prikaz nekih europskih, prvenstveno britanskih, i američkih zatvora koji se unutar svojih programa za rehabilitaciju osuđenika ovisnika koriste upravo ovom metodom. Radi boljeg snalaženja i lakšeg praćenja teksta, autori ovog rada podijelili su terapijske zajednice na tri tipa: britanski, europski i američki model.

Britanski model terapijske zajednice

Povijesno, termin "terapijska zajednica" (TC) koristio se za nekoliko različitih formi tretmana – utočišta, stambene zajednice pa čak i specijalne škole – te za nekoliko različitih poremećaja, uključujući mentalne bolesti i zlouporabu droga i alkohola (Lipton, 1996; Lipton 1998). Na primjer, bri-

tanska terapijska zajednica pojavila se prvenstveno kao proces tretmana vojnih veterana iz II Svjetskog rata koji su se iz rata vraćali s ozbiljnim neurotskim poremećajima čiji su uzrok bili ratne operacije ili boravak u nekom od zatvoreničkih logora (Lipton, 1998). Termin je prvi put upotrijebljen 1946. godine kada je Thomas Main stvorio sasvim novi terapijski model spajajući terapiju u zajednici s već postojećom psihoanalitičkom psihoterapijom. Ovo je bila modifikacija terapijskog rada kojeg je otprilike u isto vrijeme razvio Maxwell Jones sa suradnicima. Do 1954. godine, ideje terapijske zajednice bile su utjecajne u svim britanskim bolnicama (Lipton, 1998).

Negdje u isto vrijeme upotreba trankvilizatora počela se isticati kao dominantni "tretman" za institucionalizirane, mentalno poremećene osobe. Drastična smanjenja broja kreveta na psihijatrijskim i drugim zatvorenim odjelima pojavila su se sa zatvaranjem ustanova. Uslijed ovih promjena tijekom 50-ih i 60-ih godina principi terapijskih zajednica premjestili su se u druge milieue, prvenstveno zatvorske, te su se na osnovu tih principa počeli raditi modeli osuđeničkih programa u Velikoj Britaniji. Na osnovu toga, 1959. godine izgrađen je zatvor Grendon koji je imao određeni broj odjela u kojem su stručnjaci na polju terapijske zajednice radili na tretmanu psihološki poremećenih osoba (Lipton, 1998).

Terapijska zajednica unutar britanskih zatvora radi na slijedećim principima (Lipton, 1998; Hinshelwood, 1986):

- rad na osobnosti i osnaživanju, gdje svaki član zajednice ima pravo glasa u pogledu vođenja odjela (uključujući i moć da se nekomu uskrati pravo glasovanja)
- filozofija tolerancije, gdje se članovima dopuštaju pogreške te prihvaćanje njih samih "sa svim svojim manama" kao i prihvaćanje drugih sa svim njihovim manama
- kontinuirana, direktna prezentacija interpretacija ponašanja osoba unutar odjela kako bi se spriječila mogućnost povlačenja ili negiranja interpersonalnih problema
- utjecaj vršnjačke grupe ("peer group influence"), koja se koristi za kontrolu i modifikaciju određenih zatvorskih "kulturoloških" vrijednosti s važnom ulogom za "starješine zajednice" – članove koji su uspješno završili tranziciju te sad imaju podržavajuću ulogu

Terapijski ciljevi uključuju: olakšavanje psihičkih poremećaja; razvijanje odnosa s obitelji, osobama koje imaju autoritet te međusobno; promjena stavova prema činjenju kaznenih djela, osobito kod onih koji su po prvi put osuđeni; izgradnja morala,

spoznaja postojanja žrtve, razumijevanje posljedica djela po žrtvu i prevenciju (De Leon, 1990; Wexler, Falkin i Lipton, 1990; Inciardi, Martin, Butzin, Hooper i Harrison, 1997). U zatvoru Grendon, tretmanski program traje više od dvije godine i sastoji se od malih dnevnih terapijskih grupa koje broje 10 članova i koje vode po dva pripadnika stručnog osoblja (jedan psiholog i jedan stručni službenik). Rad se temelji na principima dnevnih "odjelnih" sastanaka na kojima prisustvuje 35-42 osobe; feedbackova ili konfrontacijskih razgovora; te učenja kognitivnih vještina, izvođenje psihodrame, učenja socijalnih i životnih vještina, alternativnih nenasilnih reagiranja te raznih edukacija (Lipton, 1998).

Danas, britanski model terapijskih zajednica oslanja se prvenstveno na određene nevladine organizacije, sastavljene od ekipa stručnjaka koji se bave rehabilitacijskim radom osuđenika ovisnika (www.rapt.org.uk; www.dotwebcom.com/phoenixhouse/prison.htm, www.addaction.org.uk, www.recovery.org.uk).

Jedna takva organizacija je i RAPt (Rehabilitation for Addicted Prisoners trust), specijalizirana organizacija koja se bavi rehabilitacijskim programima u zatvorima vezanim za droge u Ujedinjenom Kraljevstvu (www.rapt.org.uk). Trenutno svoje programe provode u 16 zatvora u cijeloj zemlji te u 10 CARATs (Counseling, Assessment, Referral, Advice and Throughcare) ustanova u Engleskoj i Walesu. Tretmanski programi RAPt-a temelje se na principima američkih AA (Alcoholics Anonymous) i NA (Narcotics Anonymous) programa koji se vode po principu 12 koraka. Tretman uključuje različite grupe, individualne razgovore, edukacije te pisane zadatke (written assignments). Zatvorenici moraju uspješno proći sve dijelove programa kako bi ga s uspjehom završili, te isto tako moraju ostati čisti od konzumiranja droga. Trenutno RAPt vodi intenzivne programe za ovisnike u 7 zatvora. RAPt-ov 12-tjedni program usredotočuje se prvenstveno na mentalnu opsesiju konzumiranja droga te ugrađene sustave otpora (denial systems) koje je ovisnik usvojio tijekom godina zlouporabe droga. Također, program zagovara zdravi stil života i napravljen je tako da ovisnika uči raznim mentalnim procesima obrane kako ne bi posegnuo za prvim pićem ili drogom, nakon završetka programa. Programe vode profesionalni savjetnici koji su većinom i sami imali probleme s drogom u prošlosti te su se uspješno oporavili. Potpomognuti su volonterima i drugim savjetnicima (peer counselors), te zatvorenicima koji su uspješno završili program i žele pomoći ostalim zatvorenicima koji imaju slične probleme. Više od 1500 zatvorenika uspješno je završilo neke od ovih programa od početka primjene ovih programa u travnju 1992 (www.rapt.org.uk).

U svakom od zatvora u kojima RAPt djeluje, RAPt pruža sve mogućnosti i usluge CARAT-a, od inicijalnog razgovora, informiranja te savjetovanja, detoksikacijske podrške do kompletnog tretmana koji uključuje planiranje aktivnosti te individualnih savjetovanja i strukturiranih grupnih radionica (www.rapt.org.uk).

Druga takva organizacija u Velikoj Britaniji je program Phoenix House (www.dotwebcom.com/phoenixhouse/prison.htm), koji pruža niz raznih djelatnosti unutar zatvora. Osim raznih terapeutskih programa, rehabilitacijskih jedinica vezanih za droge te CARATs programa, ova organizacija nudi i prilagodene tretmanske programe vezane za zlouporabu droga. Evo primjera iz nekoliko zatvora koji provode njihove programe:

HMP Acklington Drug Rehabilitation Unit – nudi 3-mjesečni program, u kojem sudjeluje oko 35 zatvorenika. Program je srednjeg intenziteta i fokusira se uglavnom na grupne radionice.

HMP Holme House Therapeutic Community – program koji traje 6-12 mjeseci, te ima kapacitet od 65 kreveta. Grupne radionice su visoko strukturirane, koncentrirane na široko područje koje uključuje nasilničko ponašanje i stavove, edukacije itd. Zatvorenici mogu biti ili iz ove ustanove ili premješteni iz nekih drugih ustanova.

HMP Ranby Drug Rehabilitation Unit – ima 12 kreveta te nudi individualni ili grupni oblik rada, program tjelesnih vježbi te edukativnih grupa. U sklopu ovog odjela postoji i VTU (Voluntary Testing Unit) koji nudi skraćeni oblik potpore pripremanja osoba za re-integraciju u normalni zatvorski režim.

HMP Nottingham Drug Rehabilitational Unit – ima 24 kreveta i zatvorenicima nudi 12-otjedni kontinuirani program srednjeg i visokog intenziteta grupnog rada, individualnog rada te pisanih radova.

HMP Stocken Drug Rehabilitation Unit – ima 12 kreveta te nudi individualni i grupni oblik rada. Nakon uspješnog završetka ovog dijela programa polaznici se premještaju u Voluntary Testing Unit (VTU) koji ih priprema za ponovnu reintegraciju u normalan zatvorski sustav.

HM YOI Polmont Assessment and Treatment Service – suradujući s zatvorskim službama te stručnim timom, primaju se zamolbe svih zatvorenika koji žele riješiti svoj problem ovisnosti dok su u zatvoru. Identificiranje individualnih potreba te individualni rad igra važnu ulogu u ovom programu (www.dotwebcom.com/phoenixhouse/prison.htm)

Američki model terapijskih zajednica

Nasuprot britanskima, američke terapijske zajednice imaju drukčije podrijetlo od britanskih. Prilagodene su za osobe ovisne o drogama i one koje ih zlorabe (De Leon, 1990, Lipton, 1996; Wexler, Falkin i Lipton, 1990). Potječu od **Synanona**, što je naziv za socijalni pokret, tretmansku zajednicu i program kojeg je stvorio 1958. godine Charles Dederich, izliječeni alkoholičar, koji je, nezadovoljan KLA-om, napravio svoju racionalno integriranu zajednicu sastavljenu od bivših ovisnika i bivših zatvorenika. Konceptijski, Synanon se sastojao od neke vrste grupne terapije s intenzivnim emocionalno nabijenim razgovorima koji su imali funkciju katarze; dosta "brutalnih" konfrontacijskih razgovora; edukacijskih seminara; te diskusija, ne o drogama, već o sebi, radnim navikama te samopouzdanju. Synanon ima mnogo sličnosti s današnjim Phoenix House i Daytop Village programima, iako ovi programi imaju tendenciju manjeg intenziteta od Synanona (Lipton, 1998).

Američki model terapijske zajednice u mnogočemu se razlikuje od britanskog modela: manje je psihoanalitički i psihoterapeutski; manje je usredotočen na počinjeno kazneno djelo ili na zlouporabu droge ili alkohola kao takvih te je više holistički, tj., više je fokusiran na promjene životnog stila preko više dimenzija (Martin, Butzin i Inciardi, 1995). Američki model upotrebljava "vršnjačku zajednicu" (peer group) te modele ponašanja kao sredstva više nego profesionalne kliničare i osposobljene zatvorske službenike, manje je demokratski u operativnom dijelu i više je hijerarhičan u strukturi. Ovaj je model isto tako manje psihijatrijski (manje liječnički) u osnovi, jer je potekao od izliječenog alkoholičara na kojeg je velik utjecaj imala samopomoć. Tako američki model terapijske zajednice (koji se još naziva i **konceptijskim modelom**) generalno zagovara model samopomoći, socijalnog učenja te holističke perspektive ljudske promjene (Lipton, 1998).

Prvi model terapijske zajednice u zatvorskim sustavima u SAD-u krenuo je 1969. godine u saveznoj kaznionici Marion u američkoj saveznoj državi Illinois. Zatvorski psihijatar dr. Martin Groder, kreirao je model terapijske zajednice koji se temeljio na njegovim iskustvima iz transakcijske analize i grupnih terapija u Kaliforniji (Lipton, 1998). Program je nazvan "Asklepije" (Aesklepiean) po starogrčkom bogu medicine, te se sastojao od intenzivnih grupnih savjetovanja upotrebljavajući "vršnjačku zajednicu" ili "peer grupe" kao kotač promjene, kombiniran s konceptima i jezikom transakcijske analize. Iako nije imao današnje

kriterije koje koristimo u tretmanu, poslužio je kao model za razvoj drugih zatvorskih temeljenih terapijskih zajednica u saveznom i nekim državnim institucijama početkom 70-ih (Lipton, 1996; Lipton, 1998).

Iako je mnogo programa razvijeno od tada (Daytop, Aesklepiean, Phoenix House), nisu se svi programi usredotočili na osobe koje zlouporabljuju droge, neki su razvijeni za potrebe liječenje seksualnih nasilnika, zatvorenika s psihičkim tegobama, te za zatvorenike koji nisu imali nikakve posebne poteškoće osim kriminalnog dosjea. Vijek trajanja ovih programa kretao se između 5 i 7 godina, no mnogi su prestali s radom nakon odluke o ukidanju financijskih sredstava (De Leon, 1995; Lipton, 1998).

Slično kao i u europskim zemljama, u SAD-u se isto tako provode razni programi rehabilitacije osuđenih ovisnika, od kojih je većina zasnovana na modelu terapijskih zajednica. Američka organizacija NIDA (National Institute for Drug Abuse) daje pregled 6 programa koji se odvijaju na nacionalnoj razini, s tim da svaka država zasebno ima razrađene pod-modele unutar svojih zatvorskih sustava (Hill, Thoma, Bierbeck, LaFree, 1996; NIDA, 1992):

1. **EDUKACIJSKI PROGRAMI** - programi edukacija o drogama u većini su sastavni dijelovi zatvorskih tretmana vezanih za zlouporabu ilegalnih droga. Ovi su programi relativno jeftini. Edukacijski programi ne čine osnovu sveukupnog tretmana.
2. **GRUPE SAMOPOMOĆI**: Ove su grupe također zastupljene u zatvorskim programima, a baziraju se na programima 12-koraka. Modeli poput KLO i KLA zagovaraju životni stil bez uporabe droga i alkohola te nastoje razviti sustav potpore u zajednici koji bi omogućio ovakav život nakon otpuštanja iz zatvorske ustanove. Iako postoje očigledni podaci o uspješnosti ovakvih programa, malo je dokaza koji pokazuju da su ovakvi programi uspješni u dugoročnom smislu. No, pretpostavlja se da su ovi programi korisni kada su kombinirani s intenzivnim programima savjetovanja.
3. **INDIVIDUALNA SAVJETOVANJA**: Individualna su savjetovanja manje uobičajeni sastavni dio zatvorskih terapijskih programa. Ipak, zatvorenici mogu zatražiti individualna savjetovanja. Savjetovanje se često usredotočuje na razne vrste problema, osjećaje, odnose i ponašanja, s krajnjim ciljem unaprjeđivanja zatvorenikovog poimanja vlastite ličnosti, osjećaja odgovornosti, te sposobnosti očuvanja socijalno prihvatljivog životnog stila. Terapijske orijentacije uključuju tradicionalnu psihoterapiju, transakcijsku analizu, bihevioralnu modifikaciju te/ili realitetnu terapiju. Upotreba individualne terapije ograničena je brojem stručnih i učinkovitih terapeuta te znatnim troškovima.
4. **GRUPNA SAVJETOVANJA**: Ova je tehnika najuobičajeniji sastavni dio svih zatvorskih programa vezanih za zlouporabu droga i alkohola. Uglavnom se sastoji od toga da se 8 do 10 zatvorenika sastaju jednom ili dva puta tjedno sa stručnim terapeutom. Tehnike koje se ovdje primjenjuju su uvježbavanje životnih vještina, igranje uloga, kontrola stresa, trening socijalnih vještina, trening rješavanja problema. Grupe moraju biti psihološki "sigurne" te suportivne kako bi bile što učinkovitije. S dobro uvježbanim, kompetentnim terapeutom, zabilježene su uspješne promjene kod članova ovih grupa
5. **TERAPIJE "MILJEOM" (MILIEU THERAPY PROGRAMS)**: Ovi se programi odvijaju u izoliranim zatvorskim odjelima. Ove terapije su mnogo intenzivnije i upotrebljavaju grupna i individualna savjetovanja, blage konfrontacijske grupne diskusije, vršnjačku interakciju te ostale tehnike slične grupnim terapijama. Čini se da su ove terapije najprikladnije za kronične ovisnike o drogama s ovisničkom poviješću od najmanje 5 godina.
6. **PROGRAMI TERAPIJSKIH ZAJEDNICA**: Ovi programi pružaju intenzivniju terapiju i dugoročno programiranje nego sve ranije spomenute terapije, prikladni su za najteže ovisnike. Ovakve su zajednice najčešće izolirane od opće zatvorske populacije te uključuju i posttretmansku komponentu. Ciljevi ovakvih terapijskih zajednica mogu uključivati: apstinenciju od droga, eliminiranje antisocijalnih ponašanja, razvoj socijalno prihvatljivih vještina, razvoj pozitivnih odnosa, vrijednosti i ponašanja. Kako bi ispunili ove ciljeve, ovi se programi često služe konfrontacijskim tehnikama i podrškom ostalih članova zajednice, kao i osoblja; samopomoći kroz određene stadije učenja i gradjenja osjećaja odgovornosti; sustavom nagrađivanja i kažnjavanja do izravnog utjecaja na ponašanje, modeliranja socijalno prihvatljivih ponašanja te povezanosti s agencijama unutar zajednice. Unutar ovih zajednica mogu se, u raznim fazama programa, nalaziti svi ranije nabrojani oblici rehabilitacijskih programa.

Kako su podaci o američkim rehabilitativnim modelima terapijskih zajednica vrlo opširni i sadržavaju detaljne opise samog programa, što uključuje i troškovnik za jednog osuđenika tijekom cijele godine, hranu, odjeću i sl., u ovom članku ćemo iznijeti samo glavne značajke nekog programa koji su najviše rasprostranjeni u SAD-u u raznim oblicima.

Jedan od najznačajnijih modela terapijskih zajednica koji je utjecao na formu i principe rada većine terapijskih zajednica u SAD-u jeste tzv.

Key-Crest model, koji se provodi u dvije terapijske zajednice smještene u Wilmingtonu (The Key) te u Crest Outreach Centru (Inciardi, Lockwood, 1994). Sam program sastoji se od dva dijela. Prvi od njih je "The Key" program koji se sastoji od tri forme terapije:

- bihevioralna - gdje se više pažnje posvećuje ponašanju nego osjećajima. Ova forma potkrjepljuje pozitivne ponašanja na način da uče osobe da ne prihvaćaju svoja antisocijalna ponašanja. U ovom dijelu terapije zatvorenik radi po orijentacijskom priručniku kojeg mora dobro naučiti.
- kognitivna - ova forma pomaže zatvorenici da prepoznaju vlastite greške u razmišljanju. Zadatak je pomoći im shvatiti kako su se i zašto određeni načini mišljenja razvili tijekom vremena kroz grupne i individualne razgovore
- emocionalna - pomaže zatvorenici nositi se s neriješenim konfliktima koji su rezultat interakcije s drugima. Osoblje upotrebljava blage metode kako bi pomogli zatvorenici da što bolje razumiju sebe i druge te da shvate način na koji razmišljaju.

Kako bi implementirao ove forme terapije te motivirao zatvorenike da se promjene, The Key program upotrebljava tri tehnike - transakcijsku analizu, psihodramu te grupne sastanke. Drugi dio programa odvija se u Crest Outreach Centru, stambenoj strukturi u kojoj ima 60 kreveta čije je funkcioniranje nadgledao Correctional Medical Systems. Ova je zajednica zamišljena tako da se inkorporiraju načini tretmana uporabljeni u The Key programu. Cijeli program traje 6 mjeseci i podijeljen je na 5 tretmanskih faza (Inciardi, Lockwood, 1994).

PRVA FAZA sastoji od ulaska, promatranja i evaluacije te orijentacije i traje približno 2 tjedna. Stariji polaznici upoznaju nove s kućnim pravilima i rasporedima. Svakom novom polazniku dodijeljen je savjetnik, koji pomaže u prilagodavanju programa s osobnim potrebama novog polaznika. Sudjelovanje u grupnim diskusijama ograničeno je tijekom ove faze kako bi se novi polaznik upoznao s pravilima ustanove. U **DRUGOJ FAZI** koja traje otprilike 8 tjedana, polaznici postaju aktivni članovi zajednice kroz sudjelovanje u grupnim terapijama i ispunjavanje radnih zadataka koji su neophodni za uspješno funkcioniranje zajednice. Aktivnosti uključuju jutarnje sastanke osoblja i polaznika, grupne i individualne terapije, konfrontacije izvan ili u samoj terapiji s polaznicima koji nisu motivirani za promjenu, te orijentacijske sastanke s novim polaznicima (Inciardi, Lockwood, 1994; NIDA, 1992).

Tijekom ove faze, polaznici se dotiču tema koje uključuju vlastite probleme glede droga i kri-

minalnih aktivnosti. Preuzimaju odgovornost za svoje ponašanje na način da ih se drži odgovornima za svoje djelovanje prema osoblju i drugim članovima zajednice u grupnim razgovorima, ali i u individualnim kontaktima. Polaznicima se dodjeljuju poslovi kako bi usvojili pojam odgovornosti te naučili prihvatljive radne navike. Isto tako, u ovoj fazi, članove zajednice se potiče na kontakt s članovima obitelji u tretmanskom procesu kroz obiteljske grupe i grupe za parove koje vode savjetnici ovog centra (NIDA, 1992).

TREĆA FAZA nastavlja s usvajanjem vještina predviđenim u drugoj fazi. Tijekom ove faze koja traje otprilike pet tjedana, članovi zajednice nastavljaju s preuzimanjem odgovornosti za svoje ponašanje. Dobivaju dodatne poslove tako što preuzimaju supervizijske poslove, uz podršku i superviziju osoblja, omogućavajući tako novim polaznicima pozitivan model ponašanja. Članovi nastavljaju s individualnim terapijama te se od njih očekuje pomoć u grupnim terapijama (Inciardi, Lockwood, 1994).

ČETVRTA FAZA koja traje 2 tjedna, počinje pripremati članove zajednice na povratak u zajednicu i traženje novog zaposlenja. Dodatni seminari i grupne terapije usredotočuju se na zadržavanje novostečenog radnog mjesta i stanovanja isto kao normalno funkcioniranje unutar zajednice. Aktivnosti uključuju zamišljene intervju i seminare na teme kao što su traženje posla, predstavljanje sebe u najboljem svjetlu na razgovoru s potencijalnim poslodavcem, razvijanje odnosa s društvenim agencijama te traženje novih načina za dodatno educiranje. Članovi zajednice nastavljaju sudjelovanje u grupnim i individualnim terapijama te nastavljaju biti odgovorni za posao koji rade (Inciardi, Lockwood, 1994; NIDA, 1992).

PETA FAZA traje oko 7 tjedana, te uključuje ponovni ulazak u zajednicu, ponovno zapošljavanje u toj zajednici dok istovremeno nastavljaju živjeti u terapijskoj zajednici i služe kao dobar model za one u ranijim fazama ovog projekta. Nastavljaju s radom u kućnim aktivnostima kao što su seminari i socijalni događaji. Također sudjeluju u grupnim terapijama koje se fokusiraju na zapošljavanje te nastavak tretmana jednom kad napuste zajednicu. Otvaraju bankovni račun, počinju s planiranjem kućnog budžeta za stanarinu, hranu i ostale potrebe. Na kraju ove faze, polaznici su obavili svoju radnu zadaću započetu u ranijim fazama te su slobodni nastaviti živjeti i raditi u zajednici (Inciardi, Lockwood, 1994).

POSTTRETMANSKA KOMPONENTA. Kako mnogi članovi zajednice imaju probacijske i uvjetne osude koje moraju poštivati nakon završetka programa u terapijskoj zajednici, Correctional

Medical Systems (CMS) razvio je posttretmamsku komponentu kako bi osigurao da polaznici izvrše svoje probacijske i uvjetne zahtjeve. Ova komponenta pruža kontinuiranu tretmamsku uslugu kako bi smanjila rizik recidivizma. Traje 6 tjedana i zahtijeva totalnu apstinenciju od uporabe ilegalnih droga i alkohola, 1-2 sata grupne terapije na tjedan, individualna savjetovanja te kontrole urina. Polaznici koji su završili program moraju jednom mjesečno posjećivati terapijsku zajednicu kao uspješni modeli novim polaznicima. Uključivanje u program 12 koraka se ohrabruje i potiče (NIDA, 1992).

Preliminarna ispitivanja pokazuju da od 151., klijenta koji nije bio uključen u ovaj program, njih 34.4% su apstinirali od zlouporabe droga i alkohola. Od 24 klijenta koji su uspješno završili The Key program, ali nisu sudjelovali u Crest programu nego su nastavili u uobičajenom tretmanu, njih 54.5% je apstiniralo od zlouporabe droga i alkohola. Od 75 klijenata Cresta koji nisu imali nikakav oblik tretmana prije uključivanja u Crest program, 83.3% ih je apstiniralo. Od 20 klijenata koji su uspješno završili The Key-Crest programe, njih 90% je apstiniralo. Ovi podaci pokazuju da je kod klijenata koji su sudjelovali u primarnim i sekundarnim fazama ovog tretmana veća vjerojatnost apstinencije nakon 6 mjeseci nego kod ostalih ispitanika (Inciardi, Lockwood, 1994).

Cornerstone program, u američkoj saveznoj državi Oregon terapijska je zajednica koju vode profesionalno osoblje i koja pruža intenzivni tretman protiv ovisnosti za počinitelje kaznenih djela s dugom kriminalnom prošlošću (NIJ, 1995). Počinitelji se moraju obvezati na 6-mjesečni posttretman u zajednici nakon izlaska iz programa. Ostali važni kriteriji uključuju kaznu ne manju od 6 i ne veću od 18 mjeseci prije uvjetnog otpusta, te minimalnu opasnost od agresivnog ponašanja. Korisnici ovog programa redovito se testiraju na postojanje opojnih sredstava. Terapija ima četiri faze: orijentacijska, intenzivna, tranzicijska te posttretmamska. Korisnici sami pišu svoje tretmamske planove, imaju zaduženja u svakodnevnom radu zajednice te radne obveze kako bi razvili odgovornost i povjerenje. Primarni cilj programa jest reduciranje recidivizma korisnika ovog programa. Ovaj program godišnje koristi oko 80 osuđenika. Evaluacije pokazuju da nakon 3 godine osobe koje su bile u ovom programu imaju nizak postotak kriminalnog povrata od onih koji nisu bili uključeni u program: više od 70% nije se ponovno vratilo u zatvor, te više od 54% nije bilo osuđeno za bilo kakav drugi zločin. Isto tako, evaluacije su pokazale da kako se vrijeme provedeno u zajednici povećavalo, tako se smanjivao postotak povrata. Osobe koje su završile ovaj program pokazivale su veće samopouzdanje, snižene psihijatrijske simptome, snižen postotak

kriminalne djelatnosti te snižen postotak kriminalnog povrata (NIJ, 1995).

New York's Stay'n Out Program (NIJ, 1995; Wexler, Falkin i Lipton, 1988) jedan je od poznatijih programa u SAD-u, pokrenut 1989. godine u državi New York. Troškovi su predviđali ustanovu sa 750 kreveta za ovisnike o alkoholu i drogama te sedam 200-krevetnih podružnica. Osuđenici koji su dobili uvjetni otpust na dvije godine mogli su ući u program, no kriteriji su se promijenili kako bi se uvrstilo i osuđenike koji su imali 6-12 mjeseci do prvog uvjetnog saslušanja. Cilj ovog programa jest smanjiti vjerojatnost recidiva na način da kroz program pomogne osuđeniku riješiti probleme vezane uz drogu, ali i uz druge stvari. Rana faza tretmana fokusira se na klijentove probleme i potrebe. Kroz individualne razgovore nastoji se program prilagoditi svakom klijentu prema njegovim potrebama. Uz to, zatvorenicima se daju poslovi koji ne nose veliku odgovornost. Tijekom tretmana, zatvorenici mogu zavrijediti više odgovorne poslove kroz uključenost u program i konzistentan rad. Terapijske seanse i grupni sastanci fokusiraju se na područja samodiscipline, samopoštovanja, samosvjesnosti, poštovanja autoriteta te prihvaćanja pomoći. Evaluacija ovog programa indicira da osuđenici koji su sudjelovali u ovom programu imaju nižu stopu uhićenja u usporedbi sa zatvorenicima koji nisu učestvovali, ili su imali samo tjedna savjetovanja ili su imali terapiju milieu-om. Također postoji čvrsta povezanost između vremena provedenog u programu i postotka uspješno otpuštenih s uvjetnog otpusta, tj., oni koji su bili u programu duže su ostajali izvan konzumiranja droga i kriminalnih aktivnosti nego oni koji nisu bili u programu. Evaluacija je također pokazala da je optimalno trajanje tretmana 9-12 mjeseci (Wexler, Falkin i Lipton, 1988).

Projekt **DEUCE** (Stewart, 1995; Hill, Toma, Birkbeck, La Free, 1996) zasniva se na volonterском rezidencijalnom radu i sastoji se od dva dijela: tretmana ovisnosti i zapošljavanja. Klijenti koji se uključuju u ovaj program imaju višestruke kazne zbog vožnje u alkoholiziranom stanju ili su ovisnici o više droga. Prije ulaska u program provodi se prescreening. Klijenti prilikom ulaska u program moraju imati još najmanje 30 dana do isteka kazne prije ulaska u program. Cilj programa je smanjenje pojave recidiva i zlouporabe droga uz porast vjerojatnost zapošljavanja. Program definira filozofija promjene koja se sastoji u slijedećem: prvo, klijenti moraju naučiti nove informacije o zloporabi droga; slijedeće, klijenti moraju reagirati na prethodno dobivenu informaciju na emocionalnom nivou te istu reakciju implementirati u svoj sustav vrijednosti; i kao zadnje, klijenti moraju naučiti nove vještine te ih vježbati (Stewart, 1995). Pro-

gram se sastoji od nekoliko faza. Prva faza traje 4 tjedna. Tijekom ove faze, osuđenici primaju intenzivnu edukaciju o zlouporabi droga, koja se predstavlja kao bolest. Osuđenici razgovaraju o svom sustavu mišljenja spram zlouporabe droga. Uče o procesima ovisnosti, oporavku te psiho-fizičkim učincima zlouporabe droga. Tijekom ove faze, osuđenici razvijaju vlastite tretmanske planove za oporavak, a kao primarni fokus je razvijanje samopodržke i efektivnih komunikacijskih vještina. Druga faza također traje 4 tjedna. Tijekom ove faze, osuđenici evaluiraju i redefiniraju svoje individualne tretmanske programe. Isto tako, evaluiraju obiteljske prilike koje mogu biti uzročnicima upotrebe droga. U okviru obiteljskih terapijskih seansi, razgovara se o odnosima i načinu na koji zlouporaba droga utječe na odnose. Fokus je na učenju služenja kompjutorom te na dobivanju razine školovanja ekvivalentnom srednjoj školi. Osuđenici isprobavaju novonaučene vještine izvan zatvora tijekom sastanaka s obitelji. Treća faza traje 4 tjedna. Tijekom ove faze, planiraju se radnje preventivnog tipa kao npr., priprema za povratak u zajednicu. Osuđenici uče bihevioralne modifikacijske vještine o tome kako se nositi s problemom ovisnosti u prošlosti. Tijekom ove faze, fokus je na razvijanju vještina potrebnih za pisanje molbi za posao i intervju. Evaluacijom ovog programa došlo se do podatka da je 37% osoba koje su sudjelovali u programu ponovno zatvoreno za razliku od 72% onih koji nisu bili uključeni u program (Hill, Thoma, Birbeck, LaFree, 1996).

Kao zadnji od ovih programa naveli bismo program **AMITY PRISON THERAPEUTIC COMMUNITY** (NIDA, 1995). Program ima kapacitet 200 korisnika. Kriteriji za uključivanje u program su povijest zlouporabe droga, dokaz o prijašnjem zatvaranju, bez povijesti o zlostavljanju djece ili mentalnoj bolesti, te ostatak kazne između 9 i 15 mjeseci nakon koje postoje mogućnosti uvjetnog otpusta. Tretman traje oko 12 mjeseci i organiziran je u 3 faze. Prva faza uključuje orijentaciju, dijagnozu i prikladnost. Tijekom druge faze tretmana koja traje 6 mjeseci, korisnicima se daje prilika za prihvaćanjem poslova većih odgovornosti kroz uključenost u program. Grupne terapije fokusiraju se na razvijanju samo-discipline, samovrijednosti, samo-svjesnosti, poštivanja autoriteta te prihvaćanje problema. Treća faza uključuje pripremu za povratak u zajednicu i traje 1-3 mjeseca. Tijekom ove faze, korisnici uvježbavaju vještine planiranja i donošenja odluka, te izrađuju individualne planove koje će provoditi na slobodi pod vodstvom osoblja tretmanskog programa, zatvorske ustanove i uvjetnog otpusta. Korisnicima se preporučuje nastavak tretmana u lokalnoj zajednici u trajanju do jedne godine nakon otpusta (NIDA, 1995).

Europski model terapijskih zajednica

Kao i u Sjedinjenim Američkim Državama te Velikoj Britaniji, u europskim se zemljama model terapijskih zajednica isto tako uvelike koristi u radu s osuđenima ovisnicima o ilegalnim drogama (Turnbull, Webster, 1998, prema Stöver, von Ossietzky, 2001) i broj ovakvih zajednica u nekim članicama EU-a (primjerice Austriji) neprestano raste. Unutar europskog koncepta terapijskih zajednica, postoji razlika između odjela ("drug-free units") koji su potpuno očišćeni od droge, te zatvorskih krila ("drug-free wings"). Princip po kojem rade ovi odjeli ("drug-free units") jeste sljedeći (Stöver, von Ossietzky, 2001):

- a) osuđenik dobrovoljno ostaje na ovom odjelu
- b) on/ona obvezuje se (ponekad i ugovorom) na apstinenciju od droge, te se isto tako obvezuje da na odjel neće unositi bilo kakve droge
- c) on/ona suglasan/na je na redovite liječničke preglede koji uključuju i testiranja na droge

S druge strane, zatvorski sustav osuđenima koji borave na ovakvim odjelima dopušta neke privilegije kao što su rad ili obrazovanje izvan zatvora, izleti, više dopuštenih posjeta i sl. (Stöver, von Ossietzky, 2001).

Za razliku od odjela, zatvorska krila u kojima nema droga ("drug-free wings"), ne moraju nužno primati samo osuđenike koji žele prestati zloupotrabljati droge. Glavni cilj ovih krila je pružiti okružje u kojemu nema droga za sve one koji se ne žele družiti i imati kontakte s osuđenima ovisnicima, što zapravo znači da zatvorenici koji ulaze u "drug-free wings" ne moraju biti ovisnici ili imati bilo kakve veze s drogom (Stöver, von Ossietzky, 2001; www.emcdda.org)

4. TRETMAN OSUĐENIKA U REPUBLICI HRVATSKOJ

Poznato je iz prakse da kaznenim zavodima u Republici Hrvatskoj postoji organizirani rad s osuđenim ovisnicima koji se uglavnom zasniva na principima terapijske zajednice. O tim se tretmanskim naporima nažalost zna vrlo malo zbog nepostojanja njihove prezentacije u stručnoj i široj javnosti, kao i zbog nedostatka evaluacije rezultata.

O problematici tretmana osuđenih osoba općenito u penalnom sustavu Republike Hrvatske tek je nekolicina autora ukazivala na nedostatak kvalitetnih programa i njihovog provođenja te odgovarajućeg vrednovanja učinkovitosti tih programa (Mikšaj-Todorović, Leko, 1995; Mikšaj-Todorović, Budanovac, Brgles, 1998; Mejovšek, 1998; Budanovac, Mikšaj-Todorović, Trupeć, Planinić, 1996).

Cijeli sustav rada s osuđenim osobama u penalnim institucijama RH trebao bi imati širi dijapazon programa tretmana za različite skupine osuđenika koji bi sadržavali minimum elemenata strukture (Mikšaj-Todorović, Budanovac, 1999): naziv programa, tvorca programa, izvoditelje programa, analizu problema, ciljeve programa (dugoročni i kratkoročni), ciljnu skupinu, strategiju izvođenja, anticipaciju mogućih problema, aktivnosti programa, evaluaciju programa te prezentaciju programa u javnosti.

Do sada je u RH postojao samo jedan takav program (Mikšaj-Todorović, Budanovac, Brgles, 1998), a u novije vrijeme provodi se i program za osuđene ovisnike u Okružnom zatvoru u Zagrebu u suradnji s Edukacijsko-rehabilitacijskim fakultetom i Centrom za prevenciju ovisnosti Grada Zagreba. Program sadrži sve navedene elemente strukture (Mikšaj-Todorović, Budanovac, 2002).

5. ZAKLJUČAK

Jedan od najvažnijih ciljeva izvršavanja kazne zatvora je priprema i osposobljavanje osuđenika za život na slobodi u skladu sa zakonima i općim društvenim i moralnim normama. Ovaj cilj postiže se kroz uključivanje osuđenog u odgovarajuće, razrađene stručne postupke i aktivnosti, organizaciju života i rada u zavodu i izvan njega, nagrade i kazne za određene oblike ponašanja, što se sve svodi pod zajednički nazivnik: tretman osuđenih osoba.

Kada govorimo o tretmanu osuđenih ovisnika o ilegalnim drogama, tada je bitno na umu imati, osim općih načela, na kojima počiva sustav izvršenja, i niz specifičnosti koje postoje kod ove populacije osuđenih osoba.

Institucionalni penološki programi s osuđenim ovisnicima o ilegalnim drogama u svijetu se, u velikoj većini, provode kroz institucije terapijskih zajednica. U ovom radu autori su dali pregled funkcioniranja tri modela terapijskih zajednica koji su uvjetno nazvani: američki, britanski i europski koncept. Iako se sva tri koncepta temelje na principima terapijske zajednice, svaki od njih razvio je specifični model rada sa osuđenim ovisnicima o ilegalnim drogama.

Budući da su se takvi modeli rada u svijetu pokazali kao jedni od najuspješnijih, bilo bi od iznimne koristi kada bi se oni počeli primjenjivati i u hrvatskoj penalnoj praksi. Međutim, ukoliko bi se bilo koji od ova tri modela direktno prenio u hrvatski sustav tretmana osuđenih ovisnika, postojala bi opasnost od neučinkovitosti i to zbog kulturološke uvjetovanosti na kojima su nastali spomenuti modeli. Iz tih razloga, model tretmana ovisnika u sklopu terapijske zajednice trebao bi biti prilagođen

goden kulturološkim, socijalnim i političkim prilikama u Republici Hrvatskoj kako bi bio što učinkovitiji.

6. LITERATURA

1. Annis, H. M. (1990): Effective Treatment for Drug and Alcohol Problems: What do we know? *Substance Abuse and Corrections*, 2, 4
2. Annis, H., Chan, D. (1983): The Differential Treatment Model: Empirical Evidence from a personality Typology of Adult offenders. *Criminal justice and Behavior*, 10, 2, 159-173
3. Blankenship, J., Dansereau, D.F. (1999): Cognitive enhancements of readiness for corrections – based treatment for drug abuse. *Prison Journal*, 83, 2, 25-43
4. Budanovac, A., Mikšaj-Todorović, Lj., Trupec, B. i Planinić, E. (1996): Kazneni zavodi otvorenog i poluotvorenog tipa u republici Hrvatskoj. *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu*, 3, 853-873
5. Damjanović, I., Šarić, J., Mikšaj-Todorović, Lj. (2000): Neki problemi tretmana osuđenih osoba u Republici Hrvatskoj. *Kriminologija i socijalna integracija*, 8, 1-2, 103-116
6. De Leon, G. (1990): The therapeutic community and bibehavioral, science. *The International Journal of the Addictions*, 25, 1537-1557.
7. Doležal, D. (2001): Neka socijalno ekonomska obilježja osuđenih osoba s obzirom na konzumiranje sredstava ovisnosti. *Diplomski rad, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb*
8. Farabee, D., Simpson, Dwayne, D. (1995): Cognitive induction into treatment among drug users on probation. *Journal of Drug Issues*, 25, 4, 669-683
9. Gendreau, P. (1996): Offender rehabilitation: What we know and what needs to be done. *Criminal Justice and Behaviour*, 23, 1, 144-161
10. Guggenbuhl, L., Uchtenhagen, A. i Paris, D. (2000): Adequacy in Drug Abuse Treatment and Care in Europe (ADAT) Part II: Treatment and Support Needs of Drug Addicts, Zurich, www.drugstrategies.org
11. Henning, Kris, R., Frueh, Christopher, B. (1996): Cognitive-behavioral treatment of incarcerated offenders. *Criminal Justice and Behaviour*, 23, 4, 523-542
12. Hill, Dina E.; Thoma R.; Birkbeck, C.; LaFree, G. (1996): Prison and parole treatment options for substance abusers: Nationwide and in New Mexico. *Institute for social research, University of New Mexico*.
13. Hiller, M. L., Knight, K. (1999): Risk factors that predict dropout from corrections – based treatment for drug abuse. *Prison Journal*, 79, 4, 11-20
14. Hinshelwood, R.D. (1986): Britain and the psychoanalytic tradition in therapeutic communities. In *Therapeutic Communities for Addictions*, eds. George De Leon and J.T. Ziegenfuss, Jr., 43-45. Springfield, IL: Charles C. Thomas

15. Hollin, Clive R. (1999): Offender assessment and treatment, Centre for Applied Psychology, University of Leicester, Leicester, UK
16. Inciardi, J. A., Martin, S.S. (1997): An effective model of prison – based treatment for drug involved offenders. *Journal of drug Issues*, 27, 2, 18-61
17. Inciardi, James A., Lockwood D. (1994): Delaware treatment program presents promising results. *Corrections Today*, 56, 1, 34-39.
17. Jandrić, A. (2001): Neke psihološke karakteristike osuđenih ovisnika o drogi i alkoholu. Diplomski rad, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb
18. Johnson, E. M., Belfer, M. L. (1995): Substance abuse and violence: Cause and consequence. *Journal of health Care for the Poor and Underserved*, 6, 2, 113-121
19. Kanduč, Z. (1990): Kazna i rehabilitacija. *Penološke teme*, 5, 1-2, 1-14
20. Lipton, D.S. (1996): Prison-Based Therapeutic Communities: Their Success with Drug Abusing Offenders. *National Institute of Justice Journal*, 230, 12-20.
21. Lipton, Douglas S. (1998): Therapeutic communities: history, effectiveness and prospects. *Corrections Today*, 60, 6, 106-111.
22. Lipton, Douglas, S. (1995a): The Effectiveness of Treatment for Drug Abusers Under Criminal Justice Supervision. Presentation at the 1995 Conference on Criminal Justice Research and Evaluation
23. Lipton, Douglas, S. (1995b): Updating the effectiveness of correctional treatment 25 years later. *Journal of Offender Rehabilitation*, 22, 1-2, 1-20
24. Martin, S.S., Butzin, C.A., Inciradi, J.A (1995): Assessment of a multi-stage therapeutic community for drug involved offenders. *The Journal of Psychoactive Drugs*, 27, 1, 109-116.
25. Mejovšek, M. (1998): Kibernetički model penološkog tretmana. *Revija za rehabilitacijska istraživanja*, 34, 31-39
26. Mikšaj-Todorović, Lj. i Budanovac, A. (1999): Socijalno pedagoški programi: uvjet za komunikaciju između struke i javnosti. *Kriminologija i socijalna integracija*, 7, 1, 57-65
27. Mikšaj-Todorović, Lj. i Budanovac, A. (2002): Evaluacija modela intervencije u institucionalnom i poslijepenalnem tretmanu osuđenih ovisnika. *Zbornik 6. znanstvenog skupa "Istraživanja u edukacijsko-rehabilitacijskim znanostima"*, 23.-25.10.2002. (u tisku)
28. Mikšaj-Todorović, Lj. i Leko, M. (1995): Strukturiranje vremena osuđenika u relaciji s općom procjenom njihova ponašanja u kaznenom zavodu. *Kriminologija i socijalna integracija*, 3, 2, 151-164
29. Mikšaj-Todorović, Lj., Budanovac, A. i Brgles, Ž. (1998): Rehabilitacijski programi u institucijama u hrvatskoj penološkoj teoriji praksi. *Revija za rehabilitacijska istraživanja*, 34, 83-92
30. National Institute on Drug Abuse (NIDA) (1984): Assessing Treatment: The Conduct of Evaluation within Drug Abuse treatment Programs. Treatment Research Report, DHHS Publication No. (ADM) 84-1143
31. National Institute on Drug Abuse (NIDA) (1985): Effectiveness of Drug Abuse Treatment Programs. Treatment Research Report DHHS Publication No. (ADM) 85-1143
32. NIDA (National Institute on Drug Abuse) (1992): Drug Abuse Treatment in Prisons and Jails. Monograph Series #118. www.nida.nih.gov
33. NIJ (National Institute of Justice) (1995): The effectiveness of Treatment for Drug Abusers under Criminal Justice Supervision. Presentation at the 1995 Conference on Criminal Justice Research and Evaluation. www.ojp.usdoj.gov/nij/
34. Palmer, T. (1999): The "Effectiveness" Issue Today, The Dilemmas of Corrections. Prospect Heights, Illinois
35. Pearson, F.S., Lipton, D.S. (1999): A Meta-Analytic Review of the Effectiveness of Corrections – based Treatment for Drug Abuse. *Prison Journal*, 79, 4, 384-402
36. Peele, S.: Addiction as a Cultural Concept: <http://peele.sas.nl/lib/cultconc.html>.
37. Rački, G. (1994): Psihosocijalna obilježja jedne skupine osuđenih ovisnika o drogama. *Kriminologija i socijalna integracija*, 2, 2, 175-188
38. Shearer, R., Carter, C. (1999): Screening and Assessing Substance – Abusing Offenders: Quantity and Quality. *Federal Probation*, 63, 1
39. Stewert, R.L. (1995): DEUCE Curriculum Overview.
40. Walters, G. D. (1996): The natural history of substance misuse in an incarcerated criminal population. *Journal of Drug Issues*, 26, 4, 943-955
41. Weeks, John, R. i sur: Factors influencing the outcome of offender substance abuse treatment. www.csc-ssc.gc.ca
42. Welch, M. (1995): Rehabilitation: Holding its Ground in Corrections. *Federal Probation*, 59, 4, 3-10
43. Wexler, H.K, Falkin, G.P., Lipton, D.S. (1990): A Model Prison Rehabilitation Program: An Evaluation of the "Stay'n Out" Therapeutic Community. Final Report to the National Institute on Drug Abuse, www.nida.nih.gov.
44. Wexler, H.K., Falkin, G.F., Lipton, D.S. (1990): Outcome evaluation of a prison therapeutic community for substance abuse treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 71-92.
45. Wiehofen, H. (1971): Punishment and Treatment: Rehabilitation. U: Stanley E. Group: *Theories of Punishment*. Indiana University Press, Bloomington, 255-263
46. www.addaction.org.uk
47. www.dotwebcom.com/phoenixhouse/prison.htm
48. www.drugscope.org.uk/druginfo/drugresearch/ds_report_results.asp?file=ÐwipÐ11Ð015chapter13.html
49. www.emcdda.org
50. www.rapt.org.uk
51. www.recovery.org.uk

INSTITUTIONAL PENOLOGICAL PROGRAMS FOR ILLEGAL DRUGS ADDICTS

Summary

The paper gives review of some institutional penological programs of work with illegal drugs addicts that are being conducted worldwide. Introductory part tells about the need for programmed treatment of the convicts in penal institutions in general. After that, special attention is given to the programs of treatment of the illegal drugs addicts. A review of U.S. and European programs is provided.

In Republic of Croatia, there are no institutional programs for the drug addicts, apart from one that is presently being conducted in Regional Prison of Zagreb, in cooperation with the Center for prevention of drug abuse, led by teachers and scientists of the Faculty for Special Education and Rehabilitation. This program is being conducted according to some foreign models, although it was adjusted to the situation in the Croatian penal institutions. The paper views the possibility of implementation of some other programs, with expected modifications.

Key words: Penological programs, drug addicts