

# Procjena rizika za ponovno počinjenje kaznenih djela ovisnika o psihoaktivnim tvarima

---

**Rajković, Paula**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2021**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:723446>

*Rights / Prava:* [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-07-17**



*Repository / Repozitorij:*

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu  
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad  
Procjena rizika za ponovno počinjenje kaznenih djela ovisnika o  
psihoaktivnim tvarima

Paula Rajković

U Zagrebu, veljača 2021.

Sveučilište u Zagrebu  
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad  
Procjena rizika za ponovno počinjenje kaznenih djela ovisnika o  
psihoaktivnim tvarima

Paula Rajković

Mentor:  
doc. dr. sc. Tihana Novak

U Zagrebu, veljača 2021.

## Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad ***Procjena rizika za ponovno počinjenje kaznenih djela ovisnika o psihoaktivnim tvarima*** i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Paula Rajković

Mjesto i datum: Zagreb, veljača 2021.

## ***Procjena rizika za ponovno počinjenje kaznenih djela ovisnika o psihoaktivnim tvarima***

Studentica: Paula Rajković

Mentorica: doc. dr. sc. Tihana Novak

Program/Modul: Socijalna pedagogija/Odrasli

### **SAŽETAK**

Pravosudni sustavi diljem svijeta, kao i onaj u Hrvatskoj, zasnivaju se na konceptu rehabilitacije počinitelja kaznenih djela. Rehabilitacija podrazumijeva povratak počinitelja nekriminalnom stilu života, a rezultat je primjene različitih vrsta tretmanskih intervencija. Kao jedan od ključnih ciljeva tretmana počinitelja kaznenih djela ističe se smanjenje vjerojatnosti kriminalnog povrata, tj. recidivizma, a upravo je to najbolji pokazatelj uspješnosti rehabilitacije počinitelja. Osim što nam na individualnoj razini govori o stupnju postignute rehabilitacije, također nam pruža i uvid u stanje stope kriminaliteta na razini cijelog društva. Upravo zbog toga važno je provesti kvalitetnu procjenu koja će omogućiti poduzimanje potrebnih tretmanskih intervencija, s ciljem smanjenja rizika za ponovno počinjenje kaznenih djela. U tom kontekstu kao posebno izazovna populacija ističu se počinitelji kaznenih djela koji su ujedno i ovisni o različitim psihoaktivnim tvarima. Izazovnost ove populacije proizlazi iz kompleksnog odnosa konzumacije psihoaktivnih tvari i uključivanja u kriminalna ponašanja. Osim toga, riječ je o populaciji kod koje je, osim rizika od kriminalnog povrata, prisutan i rizik od relapsa, odnosno ponovne konzumacije psihoaktivnih tvari nakon uspostavljenog perioda apstinencije, što može utjecati na kriminalno ponašanje pojedinca. Sve navedeno stavlja ih u povećan rizik od ponovnog počinjenja kaznenih djela, zbog čega je potrebno ustrajati na rješavanju ovog problema, a to je moguće jedino provođenjem kvalitetne procjene te primjenom dokazano učinkovitih tretmanskih intervencija, kojima će se nastojati smanjiti stupanj njihova rizika.

Cilj ovog rada je pružiti detaljan uvid u proces procjene rizika za ponovnim počinjenjem kaznenih djela počinitelja ovisnih o psihoaktivnim tvarima. Poseban naglasak stavit će se na izazovnost ove populacije koja proizlazi iz kompleksnog odnosa zlouporabe droga i kriminaliteta. Predstaviti će se teorijske i empirijske spoznaje o učinkovitim tretmanskim intervencijama koje kod ovisnika o drogama dokazano smanjuju rizik od kriminalnog povrata. Nastojat će se pružiti koherentna slika trenutnog stanja sustava procjene ovisnika, uz prikaz svih prednosti i nedostataka, kao i mogućih prijedloga za unaprijeđenje.

**Ključne riječi:** ovisnost, recidivizam, procjena rizika, tretman ovisnika

## *Assessing risk for criminal recidivism among substance-abusing offenders*

Student: Paula Rajković

Mentor: doc. dr. sc. Tihana Novak

Program/Module: Social pedagogy/Adults

### **ABSTRACT**

Criminal justice systems around the world, as well as the one in Croatia, are based on the concept of rehabilitation. Rehabilitation implies offender's return to a non-criminal lifestyle and it's a result of various types of treatment interventions. One of the key goals of offender treatment is to reduce criminal recidivism, which is considered to be the best indicator of the effectiveness of offender rehabilitation. Not only does it give us insight into offender's individual degree of rehabilitation, but it also provides us with information about a major social and economic concern: the rate of crime. That is why it's important to conduct a quality offender assessment, which will allow experts to know what treatment interventions to use to effectively reduce the future risk of re-offending. With that being said, one of the most challenging groups of offenders are the ones with severe substance abuse problems. The challenging nature of this group of offenders stems from the complex relationship between drug abuse and crime. In addition to the risk of re-offending, offenders with substance abuse problems also show high risk of relapse, which is described as any drug use after initiating a period of abstinence. All of the above puts them at increased risk of re-offending, which is why it's of extreme importance to work on solving this problem and the only way to do that is by conducting a quality offender assessment and using treatment interventions that are proven to be effective in reducing the risk of criminal recidivism.

The aim of this thesis is to provide a detailed insight into the risk assessment process for substance-abusing offenders, with special emphasis being placed on the challenging nature of this population that stems from the complex relationship between drug abuse and crime. Theoretical and empirical findings on effective treatment interventions, which have been shown to effectively reduce the risk of criminal recidivism among drug-abusing offenders, will also be presented. This paper will try to provide a coherent picture of the current state of the risk-assessment process among drug-abusing offenders, while also giving an overview of its advantages and disadvantages, as well as possible suggestions for improvement.

**Key words:** addiction, criminal recidivism, risk assessment, drug-abuse treatment

## SADRŽAJ

1. UVOD .....	1
2. DEFINIRANJE KLJUČNIH POJMOVA .....	3
3. RAZVOJ SUSTAVNIH PROCJENA RIZIKA .....	7
3.1. Četiri generacije instrumenata procjene .....	7
3.2. Teorijski okvir procjene rizika .....	10
4. RAZVOJ SUVREMENIH PRISTUPA PROCJENE RIZIKA .....	14
4.1. Instrumenti nove generacije i njihova primjena .....	16
4.2. Izazovi suvremene procjene rizika .....	17
5. ULOGA OVISNOSTI O DROGAMA U ČINJENJU KAZNENIH DJELA.....	22
5.1. Teorijski okvir odnosa zlouporabe droga i kriminaliteta .....	22
5.2. Statistički pokazatelji.....	25
5.3. Istraživanja o odnosu zlouporabe droga i kriminaliteta.....	26
6. SPECIFIČNOST PROCJENE POČINITELJA KAZNENIH DJELA OVISNIH O PSIHOAKTIVNIM TVARIMA.....	29
6.1. Izazovi procjene počinitelja kaznenih djela ovisnih o psihoaktivnim tvarima .....	31
6.2. Instrumenti procjene počinitelja ovisnih o psihoaktivnim tvarima.....	33
6.3. Recidivizam počinitelja ovisnih o psihoaktivnim tvarima .....	36
7. TRETMAN OVISNIKA O PSIHOAKTIVNIM TVARIMA.....	39
7.1. Što funkcionira u radu s ovisnicima o psihoaktivnim tvarima?! .....	40
7.2. Primjeri programa tretmana za ovisnike o psihoaktivnim tvarima .....	43
8. ADDICTION SEVERITY INDEX (ASI) I NJEGOVA PRIMJENA .....	50
8.1. Prijevod instrumenta Addiction Severity Index (ASI) .....	53
9. ZAKLJUČAK.....	68
10. LITERATURA.....	71
11. PRILOZI.....	77

## 1. UVOD

Počinitelji kaznenih djela ovisni o psihoaktivnim tvarima predstavljaju posebno rizičnu skupinu u okviru kaznenopravnog sustava. Navedeno proizlazi iz kompleksnog odnosa zlouporabe droga i kriminaliteta. Riječ je o dugo i detaljno istraživanoj temi, a sve stečene spoznaje govore u prilog bliskoj vezi ova dva pojma. Sukladno navedenom, ne iznenađuju podaci brojnih istraživanja koji ističu upravo zlouporabu psihoaktivnih tvari kao jedan od ključnih kriminogenih čimbenika koji pridonose uključivanju u kriminalna ponašanja.

Govoreći o ovisnicima, može se ih se opisati kao iznimno heterogenu skupinu koja se razlikuje po dobi, stupnju obrazovanja, socijalnom statusu, obrascima konzumacije droga, motivaciji koja leži u podlozi njihove zlouporabe i slično. Zakon o suzbijanju zlouporabe droga (čl.2., st.1., NN 107/01) ovisnost definira kao „stanje neodoljive fizičke ili psihičke potrebe za uporabom droge“, a moguće ju je promatrati kroz dvije kategorije, uključujući fizičku i psihičku ovisnost. Populaciju ovisnika također karakterizira mogućnost relapsa, koji se objašnjava kao „svako ponovno korištenje psihoaktivnih tvari nakon uspostavljenog perioda apstinencije“ (Saunders i Allsop, 1987). Ovo predstavlja poseban rizik kada je riječ o ovisnicima u okviru kaznenopravnog sustava. Naime, tijekom izdržavanja zatvorske kazne oni su prisiljeni apstinirati od konzumacije psihoaktivnih tvari, što može rezultirati, ne samo povećanom željom za ponovnom konzumacijom po izlasku, već i smanjenom tolerancijom prilikom konzumacije, što ih dovodi u povećani rizik od mogućih negativnih posljedica, a jedna od njih je i uključivanje u kriminalna ponašanja.

Iz svega navedenog može se zaključiti kako ovisnici u okviru kaznenopravnog sustava predstavljaju posebno zahtjevnu i izazovnu skupinu kada je riječ o tretmanu, tj. rehabilitaciji. Kao ključni pokazatelj učinkovite rehabilitacije počinitelja ističe se uspješna reintegracija u zajednicu. U tom smislu, od iznimne je važnosti praćenje stopa recidivizma koje nam govore o stupnju postignute rehabilitacije počinitelja te osim toga pružaju uvid u važno društveno i ekonomsko pitanje, a to je stopa kriminaliteta u društvu.

U podlozi uspješne rehabilitacije leži kvalitetna i učinkovita procjena počinitelja kaznenih djela koja ima dugu i složenu povijest, međutim tek se 1950-



ih godina javlja ideja korištenja procjene rizika i njezinih pripadajućih instrumenata u svrhu planiranja provođenja odgovarajućih tretmanskih intervencija kojima bi se smanjio stupanj rizičnosti počinitelja. Kada je riječ o ovisnicima, može se govoriti o dvije ključne funkcije procjene, pri čemu se prva odnosi na razumijevanja prirode i opsega zlouporabe psihoaktivnih tvari i uključivanja u kriminalna ponašanja, dok druga funkcija podrazumijeva analiziranje i razumijevanje razloga zbog kojih je došlo do zlouporabe psihoaktivnih tvari i činjenja kaznenih djela. Temeljem tih informacija stručnjaci stječu uvid u područja na koja se potrebno usmjeriti te ciljeve koje će nastojati ostvariti tijekom tretmanskog rada s počiniteljem.

Sustav procjene ovisnika o psihoaktivnim tvarima tijekom godina je iznimno napredovao pa danas možemo govoriti o velikom broju dokazano učinkovitih instrumenata koji imaju široku primjenu u okviru cjelokupnog kaznenopravnog sustava. Osim toga, znanost i praksa prikupili su vrijedne spoznaje o tome što je učinkovito u radu s ovisnicima kada je u pitanju smanjenje rizika od recidivizma, stoga danas možemo govoriti o širokom spektru tretmanskih intervencija koje se koriste u radu s ovisnicima diljem svijeta.

Sukladno navedenom, ovim radom nastojat će se pružiti uvid u razvoj sustavnih procjena kriminogenih čimbenika i rizika za ponovno počinjenje kaznenih djela, usmjeravajući se na suvremene pristupe procjeni rizika. Poseban naglasak stavit će se na kompleksnost procjene rizika kod počinitelja kaznenih djela ovisnih o psihoaktivnim tvarima, objašnjavajući odnos zlouporabe droga i kriminaliteta. Osim toga, prikazat će se neke od postojećih instrumenata procjene, kao i učinkovite tretmanske programe namijenjene ovisnicima u penalnim ustanovama te njihovu ulogu u procjeni rizika od recidivizma.

## 2. DEFINIRANJE KLJUČNIH POJMOVA

Procjena počinitelja kaznenih djela ključni je proces koji se nalazi u podlozi svih odluka donesenih u okviru kaznenopravnog sustava te kao takav utječe, ne samo na počinitelja, već i na penalno osoblje te društvo u cjelini. Važnost ovog procesa vidljiva je u njegovoj širokoj primjeni u okviru kaznenopravnog sustava, uključujući sudove, državno odvjetništvo, probacijski sustav, kao i stručno osoblje u kaznenim tijelima. Ovakva široka primjena podrazumijeva i različite razloge koji su u podlozi procjene počinitelja, kao što je primjerice smještaj zatvorenika na različite odjele u kaznenim tijelima, procjena sposobnosti za radni angažman, uključenost u posebne programe tretmana, donošenje odluka o uvjetnom otpustu, donošenje odluka o pogodnostima, organizacija poslijepenalnog prihvata i slično (Bonta, 2002). U kontekstu procjene počinitelja, iznimno važnim ističe se procjena rizika za ponovno počinjenje kaznenih djela, međutim ona nije uvijek bila u prvome planu. Bonta i Wormith (2008) objašnjavaju kako su instrumenti procjene rizika prisutni već od 1920-ih godina, ali su prvenstveno bili usmjereni na pitanja vezana uz zatvaranje i nadzor počinitelja kaznenih djela. Ideja da se procjena rizika te njezini pripadajući instrumenti koriste s ciljem planiranja i provođenja odgovarajućih intervencija kojima bi se smanjio stupanj rizičnosti počinitelja dugo je bila nepoznata. U razdoblju od 1950-ih pa sve do 1970-ih godina, kada je Robert Martinson objavio svoju kritiku tretmanskih programa pod nazivom „Nothing Works“ (1974), u prvi plan dolazi ideja rehabilitacije počinitelja kaznenih djela. Upravo je Martinsonov rad stručnjake potaknuo na promišljanje o neučinkovitosti pojedinih programa tretmana i potrebi njihove prilagodbe s ciljem uspješne rehabilitacije počinitelja te smanjenja vjerojatnosti ponovnog počinjenja kaznenih djela (Bonta i Wormith, 2008).

Govoreći o procjeni rizika za ponovno počinjenje kaznenih djela, važnim se ističe upravo pojam recidivizma koji se, u kontekstu pravosudnog sustava, definira kao povratak kriminalnom ponašanju, a može uključivati različite ishode kao što su ponovno uhićenje, ponovna osuda i/ili ponovno upućivanje na izdržavanje zatvorske kazne (Butorac, Gracin i Stanić, 2017). Praćenje stopa recidivizma iznimno je važno jer nam govori o stupnju postignute rehabilitacije otpuštenih počinitelja kaznenih djela te uloji pravosudnog sustava u njihovoj reintegraciji u zajednicu. McKean i Ransford (2004) navode kako se učinkovitost pravosudnog

sustava u stupnju postignute rehabilitacije počinitelja kaznenih djela može mjeriti i na druge načine koji nisu isključivo usmjereni na recidivizam, kao što su primjerice smanjenje zlouporabe psihoaktivnih tvari, porast zaposlenosti i uključenosti u sustav obrazovanja i slično. Međutim, recidivizam pruža sveobuhvatniji uvid u uspješnost rehabilitacije počinitelja kaznenih djela te osim toga utječe na važno društveno i ekonomsko pitanje, a to je stopa kriminaliteta u društvu. Sukladno tome, važnost tretmanskih programa usmjerenih ka smanjenju recidivizma nije samo u tome što na individualnoj razini pridonose rehabilitaciji počinitelja kaznenih djela, već i u tome što pridonose smanjenju kriminaliteta na razini cijelog društva (McKean i Ransford, 2004).

Kada je riječ o recidivizmu, Berg i Huebner (2011) objašnjavaju kako je rizik od ponovnog počinjenja kaznenog djela najveći u prvih nekoliko mjeseci po izlasku na slobodu te da s vremenom postaje sve manji. Mnogo je čimbenika koji utječu na vjerojatnost ponovnog počinjenja kaznenih djela, a jedan od njih je dob pojedinca. Brojne studije recidivizma navode kako je dob jedan od ključnih prediktora prestanka činjenja kaznenih djela. Gottfredson i Hirschi (1990) objašnjavaju kako je prestanak činjenja kaznenih djela neizbježan ishod sazrijevanja, tj. starenja ili maturacije. Međutim, druga skupina stručnjaka naglašava kako prestanak činjenja kaznenih djela nije samo rezultat maturacije, obzirom da među pojedincima postoje individualne razlike koje, uz maturaciju, također mogu pridonijeti suzdržavanju od ponovnog počinjenja kaznenog djela. Sukladno tome, smatra se kako je prestanak činjenja kaznenih djela pod utjecajem interakcije kronološke dobi pojedinca, stupnja zrelosti te razumijevanja posljedica koje proizlaze iz kršenja zakona (Berg i Huebner, 2011). Osim dobi, važan čimbenik predstavlja kontekst u kojemu se pojedinac nalazi po izlasku iz kaznenog tijela. Nakon završetka izdržavanja kazne zatvora pojedinci su suočeni s brojnim izazovima, uključujući pitanje smještaja, pronalaska posla i slično. Izazovi s kojima se suočavaju te adekvatnost suočavanja s istima mogu povećati ili smanjiti vjerojatnost njihovog ponovno upuštanja u kriminalni stil života. U kontekstu toga, posebno rizičnu skupinu predstavljaju počinitelji kaznenih djela koji su ujedno i ovisni o različitim psihoaktivnim tvarima. Brojna istraživanja potvrdila su vezu između zlouporabe droga i uključivanja u kriminalna ponašanja, stoga ne čude podaci koji upućuju na to da osobe ovisne o psihoaktivnim tvarima puno češće

recidiviraju od ostalih prijestupnika (Berg i Huebner, 2011).

Osim recidivizma, važno je govoriti i o relapsu koji je karakterističan upravo za ovisnike o psihoaktivnim tvarima o kojima će biti riječ u nastavku ovog rada. Općenito govoreći, relaps se može definirati kao „svako ponovno korištenje psihoaktivnih tvari nakon uspostavljenog perioda apstinencije“ (Saunders i Allsop, 1987). Tijekom izdržavanja zatvorske kazne pojedinci prisilno apstiniraju od konzumacije, čime dolazi, ne samo do povećane želje za ponovnom konzumacijom po izlasku, već i do smanjenja tolerancije prilikom konzumacije, što pojedince dovodi u povećan rizik od mogućih negativnih posljedica, a jedna od tih posljedica je uključivanje u kriminalna ponašanja (Saunders i Allsop, 1987). Uzimajući u obzir navedeno, važno je osvijestiti vezu između relapsa i recidivizma te iznimnu kompleksnost populacije počinitelja kaznenih djela ovisnih o psihoaktivnim tvarima, posebice u kontekstu procjene njihove rizičnosti te primjene tretmanskih intervencija, o čemu će biti riječ u okviru ovog rada.

Prije pružanja uvida u razvoj sustavnih procjena rizika, važno je objasniti određene ključne pojmove. Prije svega, kao središnji pojam ističe se pojam **rizika**, koji se može definirati kao mogućnost dolaska do štetnih posljedica (Zinger, 2004). U kontekstu počinitelja kaznenih djela, rizik se može promatrati na više načina. Sukladno tome, može se govoriti o riziku od ponovnog počinjenja kaznenog djela, točnije riziku od recidivizma, kao jednom od ključnih elemenata procjene počinitelja u okviru pravosudnog sustava. Također, kod počinitelja s povijesti zlorabe psihoaktivnih tvari postoji rizik od relapsa, točnije ponovne konzumacije i zlorabe psihoaktivnih tvari. Osim toga, rizik se može procjenjivati i s obzirom na potencijalnu štetu i opasnost koju počinitelj može prouzročiti sebi i/ili drugima pa se sukladno tome, primjerice, smješta na posebne odjele u okviru kaznenog tijela ili mu se pružaju dodatne tretmanske intervencije, dok se u kontekstu probacijske službe procjenjuje stupanj počiniteljeve prilagodbe na ponovni povratak životu u zajednici (Bonta, 2002). Osim već navedenih, ističu se još neki ključni pojmovi kao što su **čimbenici rizika**, koji se mogu promatrati kao varijable koje pridonose vjerojatnosti štetnog ponašanja te se mogu podijeliti u dvije kategorije (Hoge, 2002). Prvu kategoriju čine **statički čimbenici rizika**, koji su prediktivni, ali se ne mogu mijenjati, dok drugu kategoriju čine **dinamički čimbenici rizika**, koji su vezani uz sadašnjost te se kao takvi mogu mijenjati,

odnosno na njih je moguće utjecati. Kemshall (2002) navodi kako dinamički čimbenici rizika predstavljaju **kriminogene potrebe**, a ujedno se nazivaju i potrebama tretmana jer se upravo na njih usmjeravaju interencije.

### 3. RAZVOJ SUSTAVNIH PROCJENA RIZIKA

Povijest razvoja sustavnih procjena rizika iznimno je duga i složena, a stručnjaci je objašnjavaju kroz četiri generacije. Proces procjene rizika započeo je neformalnim pristupom, u okviru kojega stručnjaci, temeljem prijašnjih dosjea, trenutnog kaznenog djela te promatranjem osobe u nadziranom okruženju, individualno ili grupno vrše procjene. Ovakve su procjene bazirane na znanju i iskustvu stručnjaka te ne uključuju korištenje konkretnih instrumenata, što dovodi u pitanje njihovu objektivnost, a samim time i preciznost te točnost (Williams, McShane i Dolny, 2000, prema Ricijaš, 2006). Daljnjim razvojem znanosti u praksu se počinje uvoditi novi, formalni pristup procjene, koji uključuje korištenje različitih skala i instrumenata. Uvođenjem formalnog pristupa, ujedno započinje i dobro poznata debata između kliničkih i aktuarskih instrumenata procjene (Bonta, 2002).

#### 3.1. Četiri generacije instrumenata procjene

Govoreći o četiri generacije instrumenata procjene, može se reći kako **klinički pristup** ujedno čini *prvu generaciju instrumenata*. Riječ je o nestrukturiranom pristupu u okviru kojega stručnjaci educirani u području razumijevanja ljudskog ponašanja prikupljaju podatke o počiniteljima te temeljem svojih profesionalnih kompetencija i iskustava vrše procjenu. Prednost ovog pristupa je to što se temelji na vrijednom iskustvu stručnjaka i podrazumijeva dubinsku analizu počinitelja, međutim ovakva je procjena vrlo individualizirana, odnosno razlikuje se od korisnika do korisnika. Sukladno tome, unatoč svojoj iznimnoj vrijednosti, klinički pristup ima i brojne nedostatke, pri čemu se kao najznačajniji ističu subjektivnost, sklonost „ljudskoj pogrešci“ te podložnost manipulaciji od strane počinitelja (Bonta i Wormith, 2008).

Upravo su nedostaci kliničkog pristupa doveli do potrebe razvoja novog, znanstveno utemeljenog pristupa, što ujedno označava i početak primjene **aktuarskog pristupa** koji se proteže kroz sljedeće tri generacije instrumenata. Riječ je o strukturiranom pristupu koji se temelji na statističkim vezama ponašanja i drugih obilježja pojedinaca s mjerama rizičnosti (Nikolić, Koller-Trbović i Žižak, 2002.) *Druga generacija instrumenata* temelji se na **statičkim čimbenicima rizika**, a njezini počeci sežu u 1928. godinu kada je Burgess na uzorku od 3000 počinitelja s izrečenom mjerom uvjetnog otpusta proveo

istraživanje s ciljem predviđanja njihovog uspjeha tijekom uvjetnog otpusta (Bonta i Wormith, 2006). Na temelju toga kreirao je skalu rizika koju je činio 21 čimbenik pomoću kojega se mogao predvidjeti uspjeh, odnosno neuspjeh počinitelja za vrijeme uvjetnog otpusta. Skala se upotrebljavala na način da se za prisutstvo nekog obilježja dodjeljivao jedan bod, dok se za odsutstvo dodjeljivala nula, pri čemu je veći broj bodova označavao i veću razinu rizika. Tek je 1970-ih došlo do šire primjene ove generacije instrumenata u okviru pravosudnog sustava, kada je 1974. godine kreiran instrument pod nazivom „*Salient Factor Score*“ (SFS, Hoffman i Beck). U svojoj originalnoj verziji, SFS se sastojao od devet čestica, međutim s vremenom je kreirana nova verzija koja je bila reducirana na ukupno šest čestica, od kojih su sve predstavljale statičke čimbenike rizika, a instrument se koristio s ciljem donošenja odluka o izricanju uvjetnog otpusta (Bonta i Wormith, 2006). Jedno desetljeće kasnije, točnije 1982. godine, u okviru kanadskog pravosudnog sustava, nastao je novi instrument pod nazivom „*Statistical Information on Recidivism*“ (SIR, Nuffield). Ovaj je instrument bio sastavljen od ukupno petnaest čestica, od kojih je većina bila statička te se, kao i kod SFS-a, odnosila na povijest kriminalnog ponašanja, međutim dodano je i nekoliko dinamičkih čimbenika rizika. Unatoč svojoj dinamičkoj prirodi, oni nisu bili od velike važnosti kada je riječ o planiranju tretmana, ali se usprkos tome ovaj instrument pokazao značajnim za predviđanje kriminalnog ponašanja te se kao takav i danas koristi (Bonta i Wormith, 2006). Kao najznačajniji instrument druge generacije ističe se „*Violence Risk Appraisal Guide*“ (VRAG, Harris, Rice i Quinsey), nastao 1993. godine, sastavljen od 12 čestica, od kojih su sve statičke, međutim utvrđena je značajna mogućnost predviđanja budućeg ponašanja. Za razliku od drugih instrumenata ove generacije koji nisu utemeljeni na teorijskim spoznajama, jedna od čestica ovog instrumenta proizšla je iz teorijskih pristupa koji se bave psihopatskom strukturom ličnosti, što govori u prilog vjerodostojnosti ovog instrumenta (Bonta i Wormith, 2008).

*Treću generaciju instrumenata čine instrumenti procjene rizika i potreba, koji osim statičkih čimbenika rizika uključuju i kriminogene potrebe. 1970-ih godina Don Andrews razvija koncept kriminogenih potreba, koje objašnjava kao dinamičke čimbenike rizika koji su iznimno značajni u kontekstu tretmana jer pružaju smjernice prema kojima je moguće planirati tretmanske intervencije, a sve*

to s ciljem smanjenja rizika od revidizma (Bonta i Wormith, 2007). Jedan od prvih primjera instrumenata je „*Wisconsin risk and needs assessment instruments*“ (Baird, Heinz i Bemus), nastao 1979. godine, koji se sastoji od dva dijela: prvi dio odnosi se na procjenu rizika te ga čini jedanaest čestica konstruiranih u obliku statičkih čimbenika rizika, dok se drugi dio odnosi na procjenu potreba i sastoji se od dvanaest čestica konstruiranih u obliku kriminogenih potreba. Drugi dio ovog instrumenta nije imao teorijsku podlogu, već se temeljio na predviđanjima stručnjaka uključenih u njegovu izradu. Nadalje, instrument koji najbolje predstavlja ovu generaciju, odnosno njezin katakterističan spoj statičkih čimbenika rizika i kriminogenih potreba, je „*Level of Service Inventory*“ (LSI, Andrews), nastao 1982. godine. Najpoznatija verzija ovog instrumenta je njegova revidirana verzija pod nazivom „*Level of Service Inventory – Revised*“ (LSI – R, Andrews i Bonta, 1995), koja se sastoji od 54 čestice, uključujući statičke i dinamičke čimbenike, podjeljene u deset različitih domena. Govoreći o kriminogenim potrebama, posebice u kontekstu tretmana, glavna postavka od koje se polazi jest povezanost razine rizika počinitelja i kriminogenih potreba. Konkretno, vjeruje se da je rizik od recidivizma pod utjecajem promjene dinamičkih čimbenika rizika, tj. kriminogenih potreba. Upravo se to nadovezuje na dvije ključne karakteristike LSI-R instrumenta, a to je njegova značajna prediktivna valjanost te činjenica da je utemeljen na teorijskim spoznajama (Bonta i Wormith, 2008).

Zaključno, *četvrtu generaciju instrumenata* čini spoj ranije navedenih pristupa, uz dodanu vrijednost metode **upravljanja slučajevima** (eng. „case management“). Ovaj pristup naglašava važnost individualnog strukturiranog praćenja počinitelja te primjene specifičnih intervencija s ciljem povećanja učinkovitosti tretmana. Potreba za ovim pristupom proizlašla je iz brojnih istraživanja koja su ukazala na činjenicu da stručnjaci u okviru pravosudnog sustava primjenjuju različite instrumente procjene, ali istovremeno ne poduzimaju konkretne postupke kojima bi unaprijedili tretmanske intervencije te time doista i smanjili razinu rizika, što je ujedno i najvažniji cilj cjelokupnog procesa procjene. Primjeri instrumenata ove generacije su „*Level of Service / Case Management Inventory*“ (LSI/CMI, Andrews, Bonta i Wormith, 2004) i „*Correctional Assessment and Interventions System*“ (CAIS, National Council on Crime and Delinquency, 2003). Ono što razlikuje LSI/CMI od tradicionalnih instrumenata



jest činjenica da sadrži tzv. „atipične“ čimbenike rizika, uključujući čimbenike vezane uz instituciju u kojoj počinitelj boravi te druge čimbenike koji se vežu uz socijalne, zdravstvene i mentalne poteškoće počinitelja, kao i čimbenike odgovora, tj. responzivnosti u odnosu na tretman (Bonta i Wormith, 2008).

### 3.2. Teorijski okvir procjene rizika

Govoreći o povijest razvoja sustavnih procjena rizika, važno je napomenuti kako su na razvoj instrumenata procjene utjecale dvije teorijske perspektive: odnos mentalnog zdravlja i činjenja kaznenih djela, odnosno područje forenzičke psihijatrije i teorije socijalnog učenja (Bonta i Wormith, 2013).

Iz perspektive **forenzičke psihijatrije**, kriminalno ponašanje promatra se kao rezultat psihološke disfunkcije, zbog čega bi procjena trebala biti usmjerena na indikatore patologije kod pojedinca (anksioznost, promjene raspoloženja i sl.) i njegove osobine ličnosti koje su povezane s kriminalnim ponašanjem. Jedan od ključnih instrumenata u okviru ovog područja, korišten od strane psihologa i psihijatarata, je *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), nastao 1951. godine, od strane autora Hathaway i McKinley. Ovaj je instrument kreiran s ciljem pružanja pomoći stručnjacima prilikom dijagnosticiranja, ali se kroz godine mijenjao te se kao takav počeo koristiti i u okviru pravosudnog sustava. Međutim, unatoč pokušajima primjene u radu s počiniteljima kaznenih djela, nije se pokazao korisnim zbog čega je njegova primjena u velikoj mjeri reducirana. Osim navedenog, u okviru ovog područja postoje i drugi instrumenti, a to su: *Four Factor Personality Typology* (Quay, 1965); *Interpersonal Maturity (I-Level) system* (Grant i Grant, 1959) i *Conceptual Level system* (Hunt i Hardt, 1965), koji naglašavaju prisutnost psihološke disfunkcije kod osoba koje imaju tendenciju uključivanja u kriminalna ponašanja. Veliki značaj ovih instrumenata proizlazi iz činjenice da su pružili okvir za stvaranje rehabilitacijskih programa. Iako su ovi instrumenti bili iznimno popularni 1970-ih i 1980-ih godina, zbog njihove slabe mogućnosti predviđanja, posebno u kontekstu recidivizma, kao i zbog razvoja novih, kvalitetnijih instrumenata njihova je primjena u potpunosti reducirana. Unatoč tome, važno je spomenuti jedan od najznačajnijih instrumenata nastalih u okviru ovog područja, a to je zasigurno *Psychopathy Checklist-Revised* (Hare, 2003), bez kojega bi forenzički pristup procjeni bio davno zaboravljen. Sastoji se od dvadeset čestica, od kojih su neke dinamičke, no unatoč tome smatra se

instrumentom za mjerenje statičkih čimbenika, a polazi od postavke da su psihopati nepromjenjivi. Međutim, prema novijem stajalištu, unatoč tome što se smatra da ne postoje programi namijenjeni psihopatima za koje je dokazano da su učinkoviti, Hare vjeruje kako elementi učinkovitih programa za ostale počinitelje, mogu biti učinkoviti i za osobe s psihopatskom strukturom ličnosti (Bonta i Wormith, 2013).

Iz perspektive **teorija socijalnog učenja**, u kreiranju instrumenata procjene rizika važnu ulogu imala je teorija opće osobnosti i kognitivno-socijalnog učenja („*General Personality and Cognitive-Social Learning*“, *GPCSL*), Andrews i sur., prema kojoj je kriminalno ponašanje naučeno kroz kompleksnu interakciju okoline te kognitivnih, emocionalnih, osobnih i bioloških čimbenika (Bonta, 2002). Nadalje, u okviru ove teorije, njezini autori navode osam središnjih, tj. centralnih čimbenika rizika (eng. „*central eight risk factors*“), pri čemu posebno izdvajaju četiri ključna čimbenika koja nazivaju „velikom četvorkom rizičnih čimbenika“ (eng. „*big four risk factors*“) te ih opisuju kao najbolje prediktore kriminalnog ponašanja.

- središnji čimbenici rizika (Andrews i Bonta, 2007):

- 1. antisocijalni obrazac ličnosti**
- 2. povijest antisocijalnog ponašanja**
- 3. antisocijalni stavovi**
- 4. antisocijalne veze**
5. konzumiranje psihoaktivnih tvari
6. loši / problematični obiteljski odnosi
7. loše školsko / radno postignuće
8. neprimjerene aktivnosti slobodnog vremena

VELIKA ČETVORKA  
RIZIČNIH ČIMBENIKA

Jedna od važnih postavki ove teorije jest da je riječ o općoj teoriji kriminaliteta, zbog čega je istaknute čimbenike rizika moguće primijeniti na širok spektar prijestupnika. Sedam od osam navedenih čimbenika predstavljaju dinamičke čimbenike rizika koji se mogu mijenjati, dok se na čimbenik povijesti antisocijalnog ponašanja ne može utjecati, što ga čini statičkim čimbenikom. Važnost ove teorije je u tome što, osim jasnog navođenja što se procjenjuje, također pruža i praktične smjernice za primjenu učinkovitih intervencija (Bonta i Wormith, 2013). Nadalje, Andrews i Dowden (2006) objašnjavaju kako je iz ove teorije proizašao model kriminogenih rizika i potreba (eng. „*RNR model*“), koji predstavlja znanstveno utemeljen, učinkovit te najrasprostranjeniji pristup u kreiranju tretmanskih programa u okviru penalnog sustava. Ovaj je model utemeljen na tri osnovna principa, a to su:

- a) **princip rizika** – usklađivanje programa sa stupnjem rizika počinitelja;
- b) **princip potreba** – usmjerenost programa na kriminogene potrebe;
- c) **princip responzivnosti** – usklađivanje programa s karakteristikama počinitelja.

Princip rizika podrazumijeva prilagodbu intenziteta tretmanskih intervencija stupnju rizika koji počinitelj predstavlja za sebe i druge, što znači da bi visokorizični počinitelji trebali biti podvrgnuti intenzivnijem tretmanu od onih koji su procijenjeni kao niskorizični. Princip potreba naglašava važnost usmjeravanja tretmanskih intervencija na one kriminogene potrebe koje su dokazano povezane s uključivanjem u kriminalno ponašanje. U kontekstu principa responzivnosti, može se govoriti o općoj i specifičnoj responzivnosti. Opća responzivnost podrazumijeva primjenu kognitivno-bihevioralno utemeljenih metoda rada s ciljem promoviranja prosocijalnog ponašanja, dok se specifična responzivnost odnosi na potrebu prilagodbe tretmanskih intervencija počiniteljevim individualnim karakteristikama, kao što su motivacija, stil učenja, razina kognitivnog razvoja, kulturološke specifičnosti i slično (Olver i Wong, 2019). Promatrajući iz praktične perspektive, prema principu rizika i potreba procjenu je potrebno ponoviti nekoliko puta, obzirom da se očekuje promjena počiniteljevih dinamičkih čimbenika rizika pod utjecajem učinkovitih tretmanskih intervencija. Vrlo je malo instrumenata nastalo na temelju nekog konkretnog teorijskog pristupa, međutim jedan od njih je već spomenuti LSI-R (Andrews i Bonta, 1995), nastao na temelju

GPCSL teorije i koncepta kriminogenih rizika i potreba, koji se, uz sve svoje prednosti i nedostatke, danas i dalje široko primjenjuje diljem svijeta.

#### 4. RAZVOJ SUVREMENIH PRISTUPA PROCJENE RIZIKA

Promatrajući tijek razvoja sustavnih procjena rizika, može se zaključiti kako se znanost i praksa trenutno nalaze u fazi četvrte generacije instrumenata procjene. Bonta i Wormith (2008) navode kako je učinkovitost instrumenata procjene direktno povezana sa spremnošću stručnjaka da te instrumente doista i primjene u praksi. Upravo je to razlog zbog kojeg je četvrta generacija instrumenata korak ispred u odnosu na drugu i treću. Instrumenti četvrte generacije kreirani su tako da rezultate procjene rizika i kriminogenih potreba direktno integriraju u proces kreiranja individualnog plana rada s počiniteljem kako bi se osiguralo usmjeravanje stručnog osoblja na one kriminogene potrebe koje su kod svakog pojedinca direktno povezane s rizikom od recidivizma (Latessa i Lovins, 2010). Fokusom na dinamičke čimbenike rizika, instrumenti ove generacije osiguravaju procjenu inicijalnog stupnja rizika, nakon čega se provodi ponovna procjena, čiji je cilj utvrditi je li pod utjecajem tretmanskih intervencija kod počinitelja došlo do smanjenja stupnja rizika koji predstavlja za društvo (Latessa i Lovins, 2010).

Tijekom posljednja dva desetljeća došlo je do brojnih reformi u okviru pravosudnog sustava, uključujući i one vezane uz procjenu rizika i njezine pripadajuće instrumente. U tom smislu, može se govoriti o važnosti korištenja standardiziranih, objektivnih i valjanih instrumenata procjene. Hamilton (2015) objašnjava kako se danas teži instrumentima koji su transparentni i koji se oslanjaju na konkretne podatke te su kao takvi podvrgnuti rigoroznim znanstvenim provjerama. Osim toga, naglašava se potreba njihove ujednačene i objektivne primjene, kao i važnost strukturiranosti te utemeljenosti na empirijskim i teorijskim dokazima. Nadalje, Austin (2004) govori da današnji instrumenti mogu biti iznimno rigidni kako bi osigurali dobivanje što točnijih rezultata, pri tom ne dopuštajući utjecaj stručnjakove intuicije i iskustva. Uzimajući u obzir navedeno, važno je da postoji mogućnosti modifikacije instrumenata, što podrazumijeva da se u obzir uzmu podaci koji nisu nužno rezultat konkretnog instrumenta koji se primjenjuje, ali koji u velikoj mjeri mogu pridonijeti učinkovitoj procjeni počinitelja (Austin, 2004).

U odnosu na navedeno, možemo govoriti o dvije ključne karakteristike instrumenata nove generacije, a to su: **pouzdanost** i **valjanost** (Latessa i Lovins, 2010). Pouzdanost instrumenta zapravo se odnosi na njegovu dosljednost. Naime,

pouzdanost instrumenta podrazumijeva da će rezultati procjene za iste skupine počinitelja biti isti, neovisno o tome od strane koga je instrument korišten, odnosno neovisno o tome tko vrši procjenu. Konkretno, dva stručnjaka će, procjenjujući istog počinitelja, ali zasebno se koristeći istim instrumentom, doći do sličnih ili istih rezultata, tj. zaključaka. Pouzdanost je lakše utvrditi kod instrumenata koji se usmjeravaju na dinamičke čimbenike rizika, što je slučaj s ovom generacijom instrumenata, zbog čega je važno znati kako ih pravilno koristiti. Na pouzdanost instrumenta nadovezuje se njegova valjanost. Naime, ukoliko instrument nije pouzdan, ne može biti ni valjan. Međutim, instrument istovremeno može biti pouzdan, ali ne i valjan. Konkretno, moguće je da više stručnjaka dođe do istih rezultata, tj. zaključaka, ali da su svi ti zaključci pogrešni. Na to se nadovezuje valjanost instrumenta, koju je moguće promatrati na više načina, pri čemu je za procjenu počinitelja najvažnija upravo prediktivna valjanost instrumenta. Prediktivna valjanost instrumenta može se promatrati kao sposobnost instrumenta da predvidi ono što se misli da će predvidjeti, a mjeri se kao korelacija između rezultata na instrumentu i mjerenog ishoda. Međutim, važno je osvijestiti kako niti jedan instrument nije u potpunosti točan (Latessa i Lovins, 2010). Također, unatoč tome što statistička procjena rizika smanjuje neizvjesnost o počiniteljevom mogućem ponovnom počinjenju kaznenog djela, ona je podložna pogrešci, zbog čega je u procesu procjene nužno biti oprezan. Petersilia & Turner (1987, prema Latessa i Lovins, 2010) navode kako instrumenti mogu predvidjeti recidivizam sa 70% preciznosti, neovisno o broju podataka koje koriste i svim naprednim analitičkim mogućnostima koje imaju. Sukladno tome, može se govoriti o dvije moguće greške dobivenih rezultata, a to su lažno pozitivni i lažno negativni rezultati. Lažno pozitivni rezultati podrazumijevaju da se očekuje počiniteljev recidiv, ali on to ne učini, dok lažno negativni rezultati podrazumijevaju da počinitelj neće recidivirati, a on upravo to učini. Lažno negativni rezultati mogu biti iznimno opasni jer mogu rezultirati time da određeni pojedinac ponovno počini kazneno djelo, iako se to od njega nije očekivalo, što dovodi u pitanje kvalitetu i točnost provedene procjene, a osim toga, tim činom može se nanijeti šteta mogućim žrtvama i ugroziti sigurnost društva. Iz svega navedenog proizlazi važnost opreza prilikom korištenja instrumenata procjene, kako bi se osigurala što veća točnost dobivenih rezultata (Latessa i Lovins, 2010).

#### 4.1. Instrumenti nove generacije i njihova primjena

Postoji mnogo „alata“ kojima se može izvršiti procjena počinitelja, a moguće ih je podijeliti u tri kategorije: screening instrumenti, opsežna procjena rizika i potreba te specijalizirani instrumenti (Latessa i Lovins, 2010). „Screening“ instrumenti brzo se i lako koriste te se većinski sastoje od statičkih čimbenika rizika. Prednost ovih instrumenata je u tome što omogućavaju svrstavanje počinitelja u različite kategorije rizika. Međutim, njihova je mogućnost korištenja ograničena obzirom da se tek u manjoj mjeri usmjeravaju na kriminogene potrebe, koje su pri procjeni počinitelja od izimne važnosti. Opsežna procjena rizika i potreba uključuje procjenu svih ključnih čimbenika rizika i kriminogenih potreba, zbog čega je ovakva procjena skuplja te zahtijeva više vremena i bolju pripremljenost. Osim toga, ona se većinski usmjerava na dinamičke čimbenike rizika te se koristi prilikom ponovne procjene kako bi se utvrdilo je li kod počinitelja nastupilo smanjenje razine rizika uslijed primjenjene tretmanske intervencije. Prednost ovakvih instrumenata jest to što pružaju smjernice za planiranje i provedbu tretmana, čime omogućavaju veću učinkovitost primjenjenih intervencija, kao i veću vjerojatnost smanjenja rizika od ponovnog počinjenja kaznenog djela. Posljednju kategoriju čine specijalizirani instrumenti, koji se koriste za procjenu specifičnih područja, kao što je primjerice zlouporaba psihoaktivnih tvari ili za procjenu specifičnih kategorija počitelja, kao što su primjerice počinitelji nasilnih delikata i slično. Ovi se instrumenti koriste zajedno s prijašnjom skupinom instrumenata te zahtijevaju posebne edukacije kojima se stručnjaci osposobljavaju za njihovo korištenje. Prilikom procjene važno je koristiti sve tri navedene kategorije instrumenata, čime se pridonosi točnosti rezultata, a time i učinkovitosti cjelokupnog procesa. Upravo su ovisnici o psihoaktivnim tvarima jedna od skupina počinitelja kaznenih djela kod kojih je proces procjene rizika iznimno složen i dugotrajan, o čemu će detaljnije biti riječ u nastavku ovog rada.

Prilikom odabira instrumenta kojim će se vršiti procjena počinitelja važno je u obzir uzeti nekoliko stvari, uključujući karakteristike instrumenta, prvenstveno njegovu prediktivnu valjanost, kao i prirodu te kontekst same procjene. Olver i Wong (2019) navode ključne elemente koje je nužno uzeti u obzir prilikom odabira instrumenta procjene, a prva dilema odnosi se na odabir statičkih ili dinamičkih

instrumenata procjene. Ako je cilj procjene isključivo predvidjeti recidivizam u određenoj točki u vremenu, tada će statički instrumenti prilično kvalitetno izvršiti svoju funkciju. Međutim, ako se nastoje identificirati kriminogene potrebe te sukladno tome isplanirati intenzitet tretmanskim intervencija, dinamički instrumenti predstavljaju bolju opciju. Nadalje, važno je i pitanje roda te etniciteta i rase počinitelja, o čemu će u nastavku biti detaljnije riječ. Ključno je da se odaberu instrumenti koji su modificirani kako bi bili jednako primjenjivi te valjani za osobe muškog i ženskog roda, kao i za osobe različite rasne pripadnosti. Također, važno je naglasiti kako postoje dvije skupine instrumenata: opći i specijalizirani, čija se mogućnost predviđanja recidivizma razlikuje. Opći instrumenti namijenjeni su predviđanju recidivizma u širem smislu riječi pa se sukladno tome primjenjuju na širi opseg počinitelja, a njihova je uloga predviđanje vjerojatnosti generalnog recidivizma. S druge strane, specijalizirani instrumenti namijenjeni su procjeni specifičnih grupa počinitelja pa sukladno tome procjenjuju rizik od ponavljanja specifičnog kaznenog djela na način da sadrže različite, specifične čimbenike koji su dokazano povezani s određenim kaznenim djelima. Oni se primjenjuju pojedinačno za počinitelje seksualnih delikata, počinitelje delikata s elementima nasilja, počinitelje ovisne o psihoaktivnim tvarima i slično. Uzimajući u obzir navedeno, može se zaključiti kako je planiranje procjene jednako važno kao i sam proces procjene, zbog čega je nužno obratiti pažnju na sve navedene ključne elemente, čime će se osigurati preciznost procjene i njezinih rezultata (Olver i Wong, 2019).

#### **4.2. Izazovi suvremene procjene rizika**

Austin (2006) navodi kako je, prije donošenja odluke o usvajanju određenog instrumenta procjene, taj isti instrument potrebno detaljno analizirati kako bi se osigurala njegova učinkovita primjena. U slučaju izostanka takve analize, određeni instrument može prouzročiti više štete, nego koristi, pri čemu se u prvom redu misli na pogrešnu klasifikaciju počinitelja s obzirom na razinu rizika, a čije posljedice mogu biti iznimno ozbiljne. Sukladno navedenom, Austin (2004) govori o određenim smjernicama koje je važno imati na umu kada se govori o procjeni rizika i njezinim pripadajućim instrumentima.

Prvenstveno, prije usvajanja određenog instrumenta važno je ispitati hoće li



on funkcionirati za populaciju počinitelja na kojoj se planira primijeniti. Problem nastaje kada kaznena tijela preuzmu instrumente kreirane na populaciji počinitelja koja svojim karakteristikama ne odgovara zatvoreničkoj populaciji kaznenog tijela koje je preuzelo spomenuti instrument. U tom slučaju, takve je instrumente, prije njihove primjene, potrebno prilagoditi kontekstu u kojemu će se koristiti (Austin, 2004). Nadalje, važna je kompetentnost penalnog osoblja koje će koristiti usvojene instrumente. Postoje tradicionalni instrumenti koji se sastoje od vrlo malog broja čestica i čija je primjena prilično jednostavna, a temelji se na podacima koji se nalaze u dostupnoj dokumentaciji počinitelja. Ovakvi instrumenti zahtijevaju minimalnu interpretaciju od strane stručnjaka, zbog čega je za njihovo korištenje dostatna osnovna razina akademskog obrazovanja. Međutim, Austin (2004) objašnjava kako postoje instrumenti čija je primjena iznimno složena te kao takva zahtijeva i specifične sposobnosti stručnjaka koji će ih primjenjivati, pri čemu je kazneno tijelo dužno svom osoblju osigurati edukaciju za njihovo korištenje. Ako osoblje nema potrebne sposobnosti, postoji značajna mogućnost njihove pogrešne primjene, a samim time i pogrešnih rezultata procjene, što može rezultirati već spomenutim problemima, kako za počinitelja, tako i za samo kazneno tijelo te društvo u cjelini. Osim toga, važno je da svi koji su uključeni u proces procjene počinitelja, uključujući penalno osoblje, donositelje odluka i same počinitelje, doista i vjeruju u vjerodostojnost instrumenta koji koriste. Ključno je da osoblje primjenjuje instrumente s kojima su upoznati i u koje doista vjeruju, čime će potaknuti donositelje odluka da svoje odluke temelje na dobivenim rezultatima (Austin, 2004). Takva ujednačena primjena trebala bi rezultirati statističkim podacima koji ukazuju na nižu stopu zatvaranja počinitelja procjenjenih kao niskorizičnih te sukladno tome višu stopu primjene alternativnih sankcija, dok bi za visokorizične počinitelje situacija trebala biti obrnuta. Također, proces procjene počinitelja mora biti transparentan, a počinitelj mora biti upoznat s time kako on funkcionira, tj. na koji se način provodi. To se posebno odnosi na njegovu svijest o dinamičkim čimbenicima rizika koji su prepoznati kao oni koji utječu na njegov stupanj rizika, obzirom da njegova svjesnost o tome može pridonijeti njegovom radu na istima, čime se može smanjiti stupanj njegova rizika (Austin, 2004).

Unatoč brojnim kvalitetama suvremenog pristupa procjeni počinitelja, stručnjaci se danas još uvijek svakodnevno susreću s brojnim poteškoćama (Bonta i

Wormith, 2013). Prije svega, stručnjaci su često prisiljeni raditi s iznimno ograničenim resursima, pri čemu se od njih zahtijeva više od onoga što u stvarnosti i s dostupnim resursima mogu ostvariti. Suočeni s takvim izazovom, oni često nisu u stanju posvetiti dovoljno pažnje svakom počinitelju, čime se smanjuje kvaliteta i učinkovitost procesa procjene, što sa sobom nosi niz različitih problema, kako za samog počinitelja i cjelokupni sustav pravosuđa, tako i za društvo. Osim toga, postavlja se pitanje je li bolje koristiti samo jedan ili više instrumenata procjene?! Bonta i Wormith (2013) objašnjavaju kako, iako logika nalaže da je bolje koristiti više instrumenata, praksa pokazuje da to nije uvijek ispravan odabir. Naime, korištenje više različitih instrumenata za procjenu istog ishoda u pitanje može dovesti točnost dobivenih rezultata, obzirom da nije vjerojatno da će svaki primjenjeni instrument dati identične rezultate. U tom slučaju, stručnjaci imaju tendenciju odabrati one rezultate koji su u skladu s njihovom osobnom, a samim time i subjektivnom percepcijom počinitelja i njegovog stupnja rizika. Nadalje, Bonta i Wormith (2013) kao još jedan problem ističu pitanje nužnosti primjene instrumenata specifično namijenjenih ženskom, odnosno muškom rodu, u odnosu na instrumente koji su u tom smislu općeniti te se mogu primijeniti i na jedne i na druge. Naime, većina instrumenata nastala je na reprezentativnom uzorku generalne zatvoreničke populacije, koja se sastoji od 75% osoba muškog roda, što dovodi u pitanje njihovu primjenu na osobama ženskog roda. U skladu s time, postoje oni koji smatraju kako su svi instrumenti u svojoj osnovi rodno neutralni te se kao takvi mogu jednako primjenjivati za sve. S druge strane, postoje oni koji smatraju da se žene te kaznena djela koja čine, po svojoj prirodi i motivaciji razlikuju u odnosu na muškarce, zbog čega je nužno modificirati instrumente i osigurati njihovu posebnu primjenu kada je riječ o ženama počiniteljicama kaznenih djela. U posljednjem desetljeću uloženi su veliki naponi kako bi se ovaj problem riješio, a jedan od njih je prijedlog kreiranja rodno neutralnih instrumenata, s dodatkom specifičnih domena za počiniteljice ženskog roda, čime će do izražaja doći specifičnosti kriminaliteta žena i time se dobiti točniji rezultati, međutim ovo rješenje u praktičnom smislu još uvijek nije u potpunosti realizirano (Bonta i Wormith, 2013). Osim roda počinitelja, javlja se i pitanje o etnicitetu i rasi, odnosno potrebi modificiranja instrumenata kako bi odgovarali počiniteljima različitih profila. Austin (2004) objašnjava kako je primjer toga dobro poznati i široko korišteni LSI-R sustav procjene koji je nastao u Kanadi. Naime, unatoč tome što većina istraživanja ukazuje na učinkovitost njegove

primjene u različitim kontekstualnim okvirima, istraživanja provedena u Washingtonu i Pennsilvaniji ukazuju na to da čimbenici od kojih se sastoji nisu prediktivni za ponovno počinjenje kaznenih djela populacije smještene u kaznenim tijelima tih saveznih država. Kao još jedan izraženi problem, Bonta i Wormith (2013) ističu promjenjivu prirodu kriminaliteta u 21. stoljeću, pri čemu se postavlja pitanje jesu li instrumenti nastali 1980-ih i 1990-ih godina relevantni za primjenu na današnjoj populaciji počinitelja kaznenih djela. Postoje dvije perspektive, pri čemu se prema jednoj od njih smatra kako ljudi koji čine kaznena djela u sebi imaju istaknutu antisocijalnu crtu ličnosti koja je prisutna neovisno o vrsti kaznenog djela te vremenskom kontekstu. Iz navedenog proizlazi stajalište da generični instrumenti procjene, kao što je primjerice LSI- R, s jednakom preciznošću mogu predvidjeti rizik od recidivizma za počinitelje različitih karakteristika. S druge strane, smatra se da su tehnološke i kulturološke promjene nastale u protekla dva desetljeća tolikog opsega da se dovodi u pitanje koliko su instrumenti utemeljeni na GPCSL teoriji i RNR modelu uspjeli održati svoju prediktivnu valjanost. Ovdje se u prvom redu govori o novitetima kao što je elektronički ili „cyber“ kriminalitet, koji je u posljednjih nekoliko godina u značajnom porastu.

Promišljajući o suvremenom sustavu procjene počinitelja može se primjetiti da je današnji sustav, unatoč svim nedostacima i još uvijek prisutnim problemima, na iznimno visokoj razini kvalitete i preciznosti kada su u pitanju dobiveni rezultati procjene i pripadajuće odluke koje se sukladno njima donose. Danas postoje dokazi o tome da će tretmanske intervencije utemeljene na principima RNR modela doista biti učinkovite i time smanjiti stupanj rizika koji počinitelji predstavljaju za društvo. Kako bi to bilo moguće, procjena počinitelja također mora biti utemeljena na principima RNR modela te se kao takva usmjeriti na kriminogene potrebe počinitelja, kako bi se osigurala što veća preciznost dobivenih rezultata, a samim time onda i stvorili temelji za odabir učinkovitih intervencija. U novije vrijeme znanost i praksa odmakli su se od ideje da je procjena počinitelja vezana isključivo uz rizik koji predstavljaju za društvo. Iz tog razloga, posljednjih se godina naglašava važnost odnosa procjene počinitelja i tretmana, odnosno potrebe planiranja i provođenja tretmanskih intervencija koje su utemeljene na procjeni počinitelja te su kao takve učinkovitije. Njihova učinkovitost proizlazi iz činjenice da se usmjeravaju na one čimbenike koji su, za svakog pojedinog počinitelja,

dokazano povezani s rizikom od recidivizma, a upravo je to prednost nove generacije instrumenata, tj. suvremenog pristupa procjeni počinitelja (Bonta i Wormith, 2013).

## **5. ULOGA OVISNOSTI O DROGAMA U ČINJENJU KAZNENIH DJELA**

Odnos kriminaliteta i zlouporabe psihoaktivnih tvari dugo je i detaljno istraživana tema, a sve stečene spoznaje upućuju na blisku vezu ova dva pojma. Weekes, Moser, Wheatley i Matheson (2013) navode kako zlouporaba psihoaktivnih tvari predstavlja jedan od ključnih kriminogenih čimbenika koji pridonose uključivanju u kriminalna ponašanja. Sukladno navedenom, ističe se potreba za intervencijama koje su utemeljene na dokazima učinkovitosti i usmjerene ka počiniteljima ovisnim o drogama, a s ciljem smanjenja rizika od ponovne zlouporabe psihoaktivnih tvari te kaznenih djela povezanih sa zlouporabom.

### **5.1. Teorijski okvir odnosa zlouporabe droga i kriminaliteta**

Polazeći od teorijske perspektive, Casey, Day, Vess i Ward (2013) nude tri pristupa kojima nastoje objasniti odnos zlouporabe psihoaktivnih tvari i činjenja kaznenih djela. Sukladno prvom pristupu, može se govoriti o direktnoj vezi zlouporabe psihoaktivnih tvari i činjenja kaznenih djela, pri čemu zlouporaba psihoaktivnih tvari uzrokuje činjenje kaznenih djela ili obrnuto, kada činjenje kaznenih djela uzrokuje zlouporabu psihoaktivnih tvari (Casey i sur., 2013). Jedna od ključnih teorija koja podupire ovo stajalište je Goldsteinova teorija iz 1985. godine, prema kojoj postoje tri modela kojima se nastoji objasniti nasilno ponašanje: model psihofarmakološkog nasilja, model ekonomsko kompulzivnog nasilja i model sistemskog nasilja.

Prema *psihofarmakološkom modelu*, neki će pojedinci uslijed kratkotrajne ili dugotrajne konzumacije psihoaktivnih tvari manifestirati nasilna ponašanja. Goldstein (1985) objašnjava kako je u tom slučaju nasilno ponašanje posljedica smanjene sposobnosti prosudbe. Osim toga, Brochu (2001, prema Bennett i Holloway, 2005) navodi kako određene psihoaktivne tvari djeluju na specifična područja živčanog sustava, uključujući frontalni ili čeonni režanj i limbički sustav, gdje se nalaze centri za agresivnost i impulzivnost. Proučavajući odnos zlouporabe psihoaktivnih tvari i činjenja kaznenih djela, psihofarmakološki model ima tendenciju naglašavati povezanost s nasilnim kaznenim djelima. White i Gorman (2000, prema Bennett i Holloway, 2005) ističu kako zlouporaba psihoaktivnih tvari

može dovesti do dezinhibicije, kognitivnih distorzija, poremećaja pažnje, narušene sposobnosti prosudbe i neuro-kemijskih promjena u mozgu, što može rezultirati nasilnim ponašanjem. Brochu (1994, prema Bennett i Holloway, 2005) činjenje kaznenih djela uslijed konzumacije psihoaktivnih tvari pripisuje dezinhibiciji organizma, pri čemu psihoaktivna tvar nadjača pojedinačne unutarnje inhibitore i time aktivira potisnute kriminalne tendencije. Uzimajući u obzir navedeno, može se zaključiti kako konzumacija psihoaktivnih tvari dovodi do širokog spektra nasilnih kriminalnih ponašanja. Međutim, postoje dokazi koji upućuju na to da postoje određene psihoaktivne tvari koje mogu prevenirati ili reducirati nasilna kriminalna ponašanja. Bennett i Holloway (2005) navode kako konzumacija marihuane ne dovodi do nasilnog ponašanja, već upravo suprotno, marihuana djeluje na način da inhibira takva ponašanja. Također, Goode (1997, prema Bennett i Holloway, 2005) navodi kako sve vrste narkotika, kao i marihuana, zbog svog umirujućeg učinka reduciraju nasilna ponašanja. Osim navedenog, odnos zlorabe psihoaktivnih tvari i činjenja kaznenih djela može se promatrati i obrnutim putem, odnosno na način da činjenje kaznenih djela dovodi do zlorabe psihoaktivnih tvari. U okviru psihofarmakološkog modela to se može objasniti time da se droge koriste kao dio slavlja zbog uspješno počinjenog kaznenog djela ili kriminalne operacije. U ovom slučaju, uspješno počinjeno kazneno djelo predstavlja priliku i osigurava novac za konzumaciju droga (Bennet i Holloway, 2005).

Nadalje, *ekonomsko kompulzivni model* objašnjava kako osobe ovisne o psihoaktivnim tvarima često čine imovinska kaznena djela (krađe, razbojništva, i sl.) kako bi osigurali novac za pribavljanje dodatnih psihoaktivnih tvari. U tom kontekstu najčešće se spominje zloraba heroina i kokaina, obzirom na visoku cijenu i kompulzivnost njihove konzumacije. Goldstein (1985) objašnjava kako ovakvim pojedincima cilj nije nasilje, već osiguravanje novčanih sredstava, međutim nasilje često nastaje kao rezultat djelovanja niza drugih čimbenika, kao što su primjerice iritabilnost počinitelja, reakcija žrtve i potencijalnih svjedoka, prisutstvo oružja i slično. On također navodi kako ovakvi pojedinci gube kontrolu nad vlastitom ovisnosti, a količina novca koju na to troše nadilazi mogućnosti regularnog zaposlenja, zbog čega su prisiljeni činiti različita, najčešće imovinska, kaznena djela kako bi osigurali sredstva za daljnju konzumaciju. Prema ovom

modelu, ovisnost nastupa prije kriminalnog stila života, tj. činjenja kaznenih djela. Lindesmith (1968, prema Bennet i Holloway, 2005) smatra kako ovisnici ulaze u svijet kriminala zbog svoje ovisnosti te da se u drugačijim okolnostima, tj. bez prisutstva ovisnosti većina ne bi upuštala u činjenje kaznenih djela. Promišljajući o drugoj perspektivi, onoj prema kojoj činjenje kaznenih djela dovodi do zlouporabe psihoaktivnih tvari, može se zaključiti kako je situacija slična kao i kod psihofarmakološkog modela, međutim naglasak nije na „slavlju“ uspješno počinjenog kaznenog djela, već na činjenici da činjenje kaznenih djela pojedincu osigurava određena novčana sredstva, koja su onda usmjerena na pribavljanje i konzumaciju droga (Bennet i Holloway, 2005).

Zaključno, *sistemska model* govori o tome da je činjenje kaznenih djela dio šireg, ovisničkog životnog stila. Goldstein (1985) navodi kako je tržište preprodaje droga, kao i sama konzumacija, inherentno povezana s činjenjem kaznenih djela. Riječ je o stilu života koji je po svojoj prirodi nasilan i u okviru kojega su pojedinci, u namjeri da zaštite sebe i svoje interese, skloni nasilnom ponašanju (Goldstein, 1985). Gledajući na ovo iz perspektive prema kojoj činjenje kaznenih djela dovodi do zlouporabe psihoaktivnih tvari, White i Gorman (2000) navode kako su konzumacija alkohola i droga sastavni dio profesionalnog kriminalnog životnog stila. Neki autori također smatraju kako određeni počinitelji konzumiraju psihoaktivne tvari u nastojanju da opravdaju svoje činjenje kaznenih djela (Bennett i Holloway, 2005).

Drugi teorijski pristup govori u prilog indirektno veze zlouporabe psihoaktivnih tvari i činjenja kaznenih djela. Naime, glavno polazište ovog pristupa je da odnos između zlouporabe psihoaktivnih tvari i činjenja kaznenih djela proizlazi iz etioloških čimbenika koji leže u podlozi svih antisocijalnih ponašanja, uključujući i navedena. Riječ je o skupinama psiholoških, socioloških i okolinskih čimbenika koji pridonose uključivanju u kriminalna ponašanja. Ovaj se pristup može objasniti putem tri modela. Prema prvom, **psihološkom modelu**, čimbenici kao što su genetske predispozicije, osobine ličnosti i antisocijalni poremećaj ličnosti kod pojedinca mogu rezultirati zlouporabom droge i činjenjem kaznenih djela. Opća teorija kriminaliteta Gottfredsona i Hirschiya iz 1990. godine dobar je primjer ovog pristupa, a ona objašnjava kako zlouporaba psihoaktivnih tvari neće direktno

dovesti do činenja kaznenih djela, međutim manjak samokontrole uslijed zlorporabe može rezultirati počinjenjem kaznenog djela (Casey i sur., 2013). **Sociološki model** naglasak stavlja na pojedinčeve odnose s drugima i njihov utjecaj na njega i njegovo ponašanje. U skladu s time, Bennet i Holloway (2005) navode antisocijalne vršnjake i njihov vršnjački pritisak kao jedan od najčešćih rizičnih čimbenika, kako za konzumaciju droga, tako i za činenje kaznenih djela. Zaključno, prema **okolinskom modelu** smatra se kako fizičke karakteristike pojedinčeve okoline i različiti situacijski čimbenici mogu dovesti do zlorporabe droge i činenja kaznenih djela.

Treći teorijski pristup vezu zlorporabe psihoaktivnih sredstava i činenja kaznenih djela promatra kao rezultat koegzistirajućih problematičnih ponašanja. Ovaj pristup govori o takozvanom „devijantnom životnom stilu“, u okviru kojega jedan od elemenata čine i zlorporaba psihoaktivnih tvari te uključivanje u kriminalna ponašanja. Takav životni stil posljedica je niza čimbenika, kao što su primjerice disfunkcionalnost obitelji, slabe ekonomske prilike, nezaposlenost i slično, koji mogu dovesti do zlorporabe psihoaktivnih tvari i/ili činenja kaznenih djela, kao i niza drugih antisocijalnih ponašanja (Casey i sur, 2013).

## 5.2. Statistički pokazatelji

Osim teorijskih objašnjenja odnosa zlorporabe psihoaktivnih tvari i činenja kaznenih djela, važno je pružiti uvid i u statističke pokazatelje. Sukladno tome, proučavajući literaturu i statističke podatke, Weekes i sur. (2013) navode kako u okviru kanadskog pravosudnog sustava većina počinitelja konzumira alkohol ili neka druga psihoaktivna sredstva, a njih otprilike 70% iskazuje problematične obrasce konzumacije koji zahtijevaju određenu razinu intervencije. Tome u prilog idu i podaci koji upućuju na činjenicu da je više od polovice počinitelja metodom samoiskaza izjavilo kako su njihova trenutna kaznena djela povezana sa zlorporabom droga. Slični podaci primjenjuju se i na pravosudne sustave diljem svijeta, uključujući Sjedinjene Američke Države, Ujedinjeno Kraljevstvo i Novi Zeland (Weekes i sur., 2013). Osim toga, temeljem provedene metanalize, Bennet, Holloway i Farrington (2008) navode kako je kod ovisnika o psihoaktivnim tvarima vjerojatnost za počinjenje kaznenog djela između 2,8 i 3,8 puta veća u odnosu na ostatak populacije, pri čemu određene psihoaktivne tvari, kao što su primjerice



heroin i crack, predstavljaju veći rizik u odnosu na neke druge. Upravo su ovi podaci razlog zbog kojeg je zlouporaba psihoaktivnih tvari svrstana u tzv. „osam centralnih čimbenika rizika“ i predstavlja važno područje djelovanja u rehabilitaciji počinitelja kaznenih djela (Day, 2019).

Po pitanju stanja u hrvatskom pravosudnom sustavu, također se može govoriti o prisutnosti ovog problema. Naime, prema podacima *Izvješća o stanju i radu kazionica, zatvora i odgojnih zavoda za 2018. godinu* vidljivo je kako je tijekom 2018. godine u zatvorskom sustavu boravilo 1299 zatvorenika ovisnih o drogama, što čini 11,44% ukupne zatvorske populacije te godine. Podaci ukazuju na to da je u ukupnoj populaciji ovisnika o drogama tijekom 2018. godine najzastupljenija bila ovisnost o više droga (47,34%), a zatim ovisnost o opijatima (41,96%). Nakon toga slijedi ovisnost o kokainu (4,46%), ovisnost o kanabinoidima (4,23%), ovisnost o stimulativnim sredstvima (1,31%) i ovisnost o sedativima i hipnoticima (0,69%). Također, među zatvorenicima ovisnim o drogama prevladavaju muške osobe, s udjelom od 95%, a najviše zatvorenika bilo je u dobi od 36 do 40 godina. Iz *Izvješća* je vidljivo da se nastavio trend kontinuiranog smanjenja broja zatvorenika ovisnih o drogama, koji je započeo još 2013. godine. Ovakav trend može se pripisati novom Kaznenom zakonu koji je stupio na snagu 1. siječnja 2013. godine, a prema kojemu se posjedovanje droga za vlastite potrebe tretira kao prekršaj, a ne kazneno djelo, zbog čega se smanjio broj zatvorenika, ali povećao opseg djelovanja probacijske službe. Nadalje, tijekom 2018. godine u zatvorskom sustavu boravilo je 962 zatvorenika ovisnih o alkoholu, što čini 8,47% ukupne zatvorske populacije te godine. Među zatvorenicima ovisnima o alkoholu također prevladavaju muške osobe, s udjelom od 97,19%, a najviše zatvorenika bilo je starije od četrdeset godina, točnije njih 61,85%. U *Izvješću* se navodi kako je to zbog toga što ovisnici o alkoholu u zatvorski sustav ulaze nakon višegodišnjeg konzumiranja, u fazi kada, osim alkoholizma, manifestiraju i niz drugih komorbiditetnih poremećaja i problema.

### **5.3. Istraživanja o odnosu zlouporabe droga i kriminaliteta**

Odnos zlouporabe psihoaktivnih tvari i činjenja kaznenih djela tema je brojnih istraživanja. Većina takvih istraživanja naglasak stavlja na jednu ilegalnu supstancu i njezin odnos prema činjenju kaznenih djela, međutim postoje i

istraživanja koja su općenitija i koja se usmjeravaju na generalnu zlouporabu psihoaktivnih tvari. Jedno od njih je ono iz 1997. godine, provedeno na uzorku od 133 zatvorenika muškog spola, smještenih u *The Massachusetts Correctional Institution* (Kouri, Pope Jr., Powell i Oliva, 1997). Riječ je o ustanovi koja prima sve novo osuđene punoljetne počinitelje muškog spola savezne države Massachusetts. Uz to, tamo je smješteno i nekoliko optuženika koji čekaju suđenje, kao i nekolicina zatvorenika premještenih iz drugih kaznenih tijela zbog administrativnih razloga. Ovo je važno jer čini uzorak raznolikim, čime se pridonosi njegovoj reprezentativnosti. Kao autori ovog istraživanja, Kouri i sur. (1997) navode kako je cilj bio ispitati prevalenciju različitih obrazaca zlouporabe droga te njihovu ulogu u počinjenju kaznenog djela, dok je krajnji cilj bio ispitati odnos između prirode ovisnosti o drogama i vrste počinjenog kaznenog djela, uključujući nasilna kaznena djela, nenasilna kaznena djela i kaznena djela seksualne prirode. U istraživanju je korištena metoda polustrukturiranog intervjua kojim su se prikupljali bazični demografski podaci, podaci o konzumaciji psihoaktivnih tvari i počinjenim kaznenim djelima te metoda strukturiranog kliničkog intervjua s ciljem utvrđivanja prisutnosti dijagnoze ovisnosti o psihoaktivnim sredstvima, sukladno DSM-III-R priručniku. Dobiveni rezultati upućuju na činjenicu da je, prema kriterijima DSM-III-R priručnika, kod 126 od ukupno 133 ispitanika, što čini 95% uzorka, utvrđena ovisnost o jednoj ili više ilegalnih supstanci. Nadalje, 77 zatvorenika (58%) navodi kako je u vrijeme počinjenja kaznenog djela bilo pod utjecajem jedne ili više konzumiranih supstanci, dok je njih 8 (6%) u vrijeme počinjenja bilo u stanju apstinencijske krize. Po pitanju vrste kaznenih djela, rezultati upućuju na to da prevladavaju nasilna kaznena djela, s ukupnim udjelom od 44%, nakon čega slijede nenasilna kaznena djela, 42%, a najmanje zastupljena bila su kaznena djela seksualne prirode, s ukupno 14%. Osim toga, istraživanjem je utvrđeno da ne postoji statistički značajna povezanost između vrste ilegalne supstance koja se zlorabi i vrste počinjenog kaznenog djela, kao ni između broja zatvorenika koji su bili intoksicirani u vrijeme počinjenja kaznenog djela i vrste kaznenog djela koje su počinili (Weekes i sur., 2013).

U odnosu na žene počiniteljice kaznenih djela, Matheson, Doherty i Grant (2009) navode kako je udio onih koje prilikom dolaska na izdržavanje zatvorske kazne iskazuju problematične obrasce konzumiranja psihoaktivnih tvari iznimno

visok, dosežući gotovo 90%. Osim toga, autori objašnjavaju kako žene koje imaju povijest zlouporabe psihoaktivnih tvari imaju i manju mogućnost uspješne reintegracije u zajednici po završetku odsluživanja zatvorske kazne, stoga ne čudi da se njih čak 60% u razdoblju od dvije godine od odsluživanja kazne ponovno vraća iza rešetaka. Osim problema s reintegracijom u zajednicu, žene s poviješću zlouporabe droga također iskazuju probleme s adaptacijom na zatvorske uvjete, kao i odbijanje uključivanja u programe tretmana, koji su se pokazali kao iznimno učinkoviti u smanjenju vjerojatnosti od relapsa i recidivizma po povratku u zajednicu (Matheson, Doherty i Grant, 2009).

Govoreći o važnosti uključivanja u programe tretmana tijekom izdržavanja zatvorske kazne, važno je istaknuti još jedno istraživanje. Hepburn (2005) je proučavao utjecaj tretmanskih programa na ponovno počinjenje kaznenih djela kod počinitelja ovisnih o različitim psihoaktivnim tvarima. Istraživanje je provedeno analizirajući uzorak od 3328 počinitelja uhićenih u razdoblju od ožujka 1989. do ožujka 1991. godine. Od ukupnog uzorka, njih 1558 nije bilo uključeno u programe tretmana, 493 ih se uključilo, ali je napustilo program prije njegova završetka, dok je 1277 počinitelja uspješno završilo započete programe. Dobiveni rezultati pokazuju kako je, tijekom petogodišnjeg razdoblja praćenja, 52% počinitelja koji nisu bili uključeni u tretmanske programe ponovno uhićeno zbog počinjenog kaznenog djela. Od ukupnog broja onih koji su se uključili u tretmanske programe, ali ih nisu završili, njih 43% ponovo je uhićeno zbog počinjenja kaznenog djela, a najbolje rezultate pokazuju oni koji su uspješno završili tretmanske programe, među kojima je samo 22% onih koji su ponovno bili uhićeni. Ovi podaci ukazuju na činjenicu da su stope recidivizma pod značajnim utjecajem tretmana, zbog čega je važno, ne samo osmisliti kvalitetne programe tretmana, već osigurati sudjelovanje svih onih koji se nalaze na izdržavanju zatvorske kazne, kako bi se smanjila vjerojatnost od ponovnog počinjenja kaznenih djela (Hepburn, 2005).

## 6. SPECIFIČNOST PROCJENE POČINITELJA KAZNENIH DJELA OVISNIH O PSIHOAKTIVNIM TVARIMA

Općenito govoreći, postoje dvije osnovne funkcije, odnosno svrhe procesa procjene kada je riječ o ovisnicima (McMurrana, 2000). Prvenstveno je važno razumijeti prirodu i opseg zlorabe psihoaktivnih tvari i uključivanja u kriminalna ponašanja. Ovo je važno kako bi se mogli postaviti tretmansi ciljevi pomoću kojih će se pratiti postignuti napredak kod pojedinca. Nadalje, važno je razumijeti razloge zbog kojih je došlo do zlorabe psihoaktivnih tvari i činjenja kaznenih djela te kako se to manifestira u sadašnjosti. Temeljem tih informacija detektiraju se područja na koja je potrebno djelovati, kao i ciljevi koji će se nastojati ostvariti tijekom rada spočiniteljem.

Govoreći o prirodi i opsegu zlorabe psihoaktivnih tvari i uključivanja u kriminalna ponašanja, nastoje se prikupiti bazične informacije kao što su: koje psihoaktivne tvari pojedinac konzumira, koliko često ih konzumira, konzumira li ih sam ili u društvu, koja kaznena djela čini, koliko ih često čini, čini li ih sam ili u društvu, o koliko je ozbiljnim djelima riječ i slično. Prikupljajući ove informacije, važno je razgraničiti konzumaciju alkohola od konzumacije ilegalnih supstanci. Miller i Welte (1986, prema McMurrana, 2000) su temeljem svoje studije došli do podataka koji govore u prilog tome da su osobe koje su istovremeno konzumirale alkohol i drugu ilegalnu supstancu najčešće bile odgovorne za počinjenje kaznenih djela nasilne prirode, kao i oni koji su konzumirali samo alkohol. Za razliku od njih, osobe koje su konzumirale isključivo ilegalne supstance najčešće su činile imovinska kaznena djela. Na tragu toga, Loza (1993, prema McMurrana, 2000) navodi kako je najviše onih koji istovremeno zlorabe više različitih psihoaktivnih tvari te kao takvi imaju i najsloženije kriminogene potrebe, kao i najvišu razinu devijantnosti, zbog čega zahtijevaju nasloženije oblike intervencija. McMurrana (2000) objašnjava kako se ove informacije prikupljaju kombinacijom intervjua s počiniteljem, analiziranja službenih podataka te razgovora s ključnim osobama iz života pojedinca. Veliki problem predstavlja pitanje točnosti prikupljenih podataka, obzirom da većina dolazi od samih počinitelja te o njima ovisi hoće li biti u potpunosti iskreni ili ne, a ne postoje uvijek alternative kojima bi se to moglo utvrditi. Kao što je već rečeno, drugi važan dio procjene jest razumijevanje odnosa zlorabe droga i činjenja kaznenih djela. Točnije, stručnjaci nastoje utvrditi kako

je kod pojedinca došlo do zlouporabe droga i činjenja kaznenih djela te u kakvom su oni međusobnom odnosu. McMurrana (2000) navodi kako su čimbenici rizika za pojavu delinkvencije tijekom života vrlo slični onima koji utječu na konzumaciju i zlouporabu psihoaktivnih tvari. Riječ je o pojedincima koji iskazuju problematične i disfunkcionalne obrasce ponašanja već od ranog djetinjstva, a koji se nastavljaju kroz adolescenciju i odraslu dob. Međutim, isto je tako važno napomenuti kako disfunkcionalno ponašanje u djetinjstvu ne mora nužno dovesti do antisocijalnog ponašanja u odrasloj dobi. Zahvaljujući djelovanju niza zaštitnih čimbenika, većina djece uspijeva nadvladati takva ponašanja i razviti prosocijalni stil života (McMurrana, 2000). Uzimajući navedeno u obzir, kod manjeg dijela ljudi može se primjetiti podložnost nizu različitih rizičnih čimbenika koji kasnije mogu rezultirati problemima kao što su zlouporaba droga i činjenje kaznenih djela. Kao jedan od najranijih znakova, McMurrana (2000) navodi hiperaktivnost, tj. impulzivnost, koja se u različitim fazama života različito zove. Kod male djece prepoznaje se kao teški temperament, kasnije kao hiperaktivnost, u vrijeme adolescencije govori se o potrebi za traženjem uzbuđenja, a kod odraslih se definira kao poremećaj ličnosti. Brojna istraživanja upućuju na to kako ovo predstavlja rizik, ne samo za uključivanje u kriminalna ponašanja, već i za zlouporabu droga. Također, djeca s jako izraženom impulzivnošću mogu predstavljati veliki izvor stresa za roditelje, što često rezultira disfunkcionalnim roditeljstvom te općenito narušenim obiteljskim odnosima, koji podrazumijevaju česte svađe te konzumacija alkohola i droga od strane roditelja. Problem nastaje kada djeca usvajaju takva ponašanja učenjem po modelu. Osim toga, iz njihove impulzivnosti proizlazi i manjak samokontrole koji utječe na njihov loš akademski uspjeh, na što se nadovezuje i druženje s antisocijalnim vršnjacima (McMurrana, 2000). Elliott, Huizinga i Ageton (1985, prema McMurrana, 2000) navode kako su longitudinalne studije pokazale da je druženje s antisocijalnim vršnjacima značajan prediktor kasnijeg delinkventnog ponašanja i zlouporabe droga. Važno je napomenuti kako u ranijima fazama konzumacija alkohola i droga neće odmah dovesti do činjenja kaznenih djela, međutim ubrzo se događa da se mladi spontano uključuju u kriminalna ponašanja, uglavnom ona manje ozbiljne prirode, kao što su vandalizam, krađe, provale i slično. Novac stečen takvim ponašanjem najčešće koriste za pribavljanje alkohola i droga, što dodatno pridonosi njihovom problemu.

McMurrin (2000) objašnjava kako je najviše istraživanja provedeno upravo na temu konzumacije alkohola i uključivanja u kriminalna ponašanja, pri čemu se najčešće govori o odnosu alkohola i nasilnog ponašanja. Alkohol dokazano potiče agresiju kod pojedinaca, posebice kod onih koji su po svojoj prirodi skloni agresivnom i impulzivnom ponašanju, zbog čega ne čudi da takve osobe često manifestiraju nasilna ponašanja. Problem nastaje kada pojedinac već od ranog djetinjstva iskazuje problematične obrasce ponašanja koji se, uslijed izostanka intervencije, nastavljaju manifestirati kroz odraslu dob te dovode do razvoja tzv. antisocijalnog stila života, koji sa sobom donosi teškoće u kontekstu pronalaska posla te održavanja stabilnih odnosa s obitelji i partnerima, što pridonosi uključivanju u kriminalna ponašanja, kao i konzumaciji droga. Sagledavajući sve navedeno, jasno je kako brojni ovi problemi mogu biti riješeni jedino preventivnim naporima već u ranom djetinjstvu i adolescenciji, a kada oni izostaju, što je često slučaj, događa se da je pravosudni sustav danas suočen s velikim brojem odraslih osoba koje zahtijevaju puno složenije i dugotrajnije intervencije. Zbog svega navedenog, od iznimne je važnosti provođenje kvalitetne procjene te sukladno tome, uključivanje pojedinaca u odgovarajuće programe tretmana kojima će se raditi na reduciranju rizika za njihovim ponovnim povratkom kriminalnom i ovisničkom stilu života (McMurrin, 2000).

### **6.1. Izazovi procjene počinitelja kaznenih djela ovisnih o psihoaktivnim tvarima**

Proces procjene počinitelja kaznenih djela iznimno je složen, a s posebnim izazovima suočavaju se stručnjaci koji vrše procjene počinitelja koji su ujedno i ovisni o različitim psihoaktivnim tvarima. Naime, Casey i Day (2019) govore kako jedan od tih izazova leži u samom procesu planiranja i provedbe procjene, kao i kasnijem donošenju odluka o tretmanskim intervencijama temeljem dobivenih podataka. Mnogo je razloga u pozadini ovih problema, a jedan od ključnih je taj što, za razliku od nasilnih ili seksualnih prijestupa, ne postoje utvrđene specifičnosti, u smislu rizika i kriminogenih potreba, koje su karakteristične za počinitelje ovisne o psihoaktivnim tvarima te kaznena djela koja čine, obzirom da je riječ o vrlo heterogenoj populaciji. Sukladno tome, stručnjaci se u nedostatku drugih, boljih opcija oslanjaju na opće, generalizirane instrumente, kao što je primjerice LS/CMI, što u pitanje dovodi adekvatnost donesenih odluka o daljnjem tretmanu počinitelja. Instrumenti koji se koriste imaju tri glavna cilja, a to su: (a) screening i

dijagnoza; (b) konceptualizacija slučaja i planiranje tretmana; i (c) praćenje i evaluacija tretmana. Jolley i Kerbs (2010, prema Casey i Day, 2019) nude model procjene prema kojemu je glavni cilj utvrditi u kojoj je mjeri zlouporaba psihoaktivnih tvari dio šireg antisocijalnog obrasca ponašanja pojedinca. Njihov model prvenstveno je kreiran s ciljem primjene unutar kaznenog tijela, a temelji se na modelu kriminogenih rizika i potreba. Prvi korak sastoji se od inicijalne procjene koja je po svojoj prirodi vrlo standardizirana, a čiji je cilj utvrđivanje vjerojatnost budućeg relapsa i recidivizma. Inicijalnom procjenom determinira se intenzitet programa koji se smatra odgovarajućim za svakog pojedinog počinitelja kako bi se smanjio rizika od relapsa i recidivizma. Sljedeći korak je utvrđivanje specifičnih kriminogenih potreba počinitelja te osiguravanje primjerenih interevencija, sukladno principu opće i specifične responzivnosti u okviru RNR modela. To podrazumijeva primjenu kognitivno-bihevioralno utemeljenih metoda rada s ciljem promoviranja prosocijalnog ponašanja, što predstavlja opću responzivnost te potrebu prilagodbe tretmanskim intervencija počiniteljevim individualnim karakteristikama, što odgovara specifičnoj responzivnosti. Važnost ovog modela je u tome što potiče kombiniranje tretmanskih interevencija utemeljenih na dokazima učinkovitosti, koje se istovremeno prilagođavaju specifičnim karakteristikama svakog pojedinog počinitelja, pri čemu se povećava vjerojatnost njihove učinkovitosti, koja podrazumijeva manji rizik od relapsa i recidivizma (Casey i Day, 2019).

Drugi izazov procjene počinitelja kaznenih djela ovisnih o psihoaktivnim tvarima leži u samoj prirodi odnosa zlouporabe droga i činjenja kaznenih djela. Nakon tri desetljeća kontinuiranog istraživačkog rada, Nurco (1998, prema Casey i Day, 2019) navodi kako postoje dvije skupine počinitelja kaznenih djela ovisnih o psihoaktivnim tvarima. Prvu skupinu čine oni koji su *primarno ovisnici*, što znači da je činjenje kaznenih djela rezultat njihove ovisnosti, dok drugu skupinu čine oni koji su *primarno prekršitelji zakona*, tj. oni kod kojih je činjenje kaznenih djela prethodilo ovisnosti. Istraživanje navedenog autora iz 1991. godine ukazuje na to da oni koji su primarno prekršitelji zakona i čija je ovisnost nastupila kasnije čine samo polovicu ispitanog uzorka, ali istovremeno čine puno više kaznenih djela, u odnosu na one koji su primarno ovisnici, a koji čine manje ozbiljna kaznena djela te ih čine rijede. Raftery, Casey i Day (2017, prema Casey i Day, 2019) su istraživanjem specifičnosti

počinitelja kaznenih djela s problemom ovisnosti uključenih u zatvorske programe tretmana došli do sličnih podataka. Analizirajući razloge počinjenja kaznenih djela i njihove povezanosti sa zluporabom droga, zaključili su kako postoje dvije skupine počinitelja. Prvu skupinu čine oni kod kojih je ovisnost nastupila prije uključivanja u kriminalna ponašanja, a čija su kaznena djela uglavnom ekonomski motivirana, dok drugu skupinu čine oni kod kojih je činjenje kaznenih djela prethodilo ovisnosti i koji imaju značajno dužu i ozbiljniju povijest kršenja zakona. Zbog svega navedenog važna je osviještenost stručnjaka o heterogenosti ove populacije počinitelja kaznenih djela te razumijevanje prirode njihove ovisnosti, motivacije za kontinuiranom zluporabom, odnosa zluporabe i činjenja kaznenih djela, kao i motivacije te spremnosti za promjenom (Casey i Day, 2019).

## **6.2. Instrumenti procjene počinitelja ovisnih o psihoaktivnim tvarima**

Kada je riječ o instrumentima koji se koriste prilikom procjene, može ih se izdvojiti nekoliko. Njihove karakteristike i upotreba razlikuju se ovisno o tome što se točno želi procijeniti, na što se nadovezuju ranije spomenute dvije funkcije procjene kada je riječ o počiniteljima ovisnima o psihoaktivnim tvarima. Sukladno tome, za procjenu ozbiljnost zluporabe psihoaktivnih tvari pojedinca, koristi se nekoliko različitih instrumenata koji imaju dugu povijest primjene u okviru pravosudnog sustava, a neki od njih su: „*the Alcohol Dependancy Scale*“ (Skinner i Horn, 1984), „*Alcohol Use Disorder Identification Test*“ (Babor i sur., 2001), „*Drug Abuse Screening Test*“ (Skinner, 1982) i „*Severity of Dependancy Scale*“ (Gossop i sur., 1995). Primjena ovih instrumenata osim što je vrlo jednostavna, također je i iznimno povoljna ili čak besplatna. Međutim, ovi su instrumenti prilično ograničeni u svojoj primjeni, a ta ograničenosti proizlazi iz jednkrotnosti njihove uporabe. Naime, oni se koriste samo jednom i to na samom početku, prije uključivanja pojedinca u program tretmana. Razlog tome jest činjenica da su ovi instrumenti kreirani s ciljem procjenjivanja ozbiljnosti zluporabe droga, ali u kontekstu prošlosti, ne fokusirajući se na trenutno stanje, zbog čega nije vjerojatno da će se pomoću njih moći procijeniti koje su intervencije odgovarajuće za postizanje promjena u sadašnjosti. Unatoč tome, oni stručnjacima nude značajan uvid u tijek razvoja ovisnosti i njezinu prirodu, temeljem čega je moguće predvidjeti i razumijeti sadašnje obrasce konzumacije te samim time osigurati potrebne intervencije (Weekes i sur., 2019).



Osim navedenih, postoji i nekolicina drugih instrumenata koji se koriste za procjenu, a jedan od njih je „*Offender Assessment System*“, nastao 2001. godine u Engleskoj i Walesu, namijenjen primjeni u okviru zatvorskog sustava i probacije. Ovaj instrument kombinira elemente aktuarskog i kliničkog pristupa, pri tom postizujući visoku razinu prediktivnosti i osiguravajući standardizirani pristup procjeni rizika od revidizma. Osim procjene vjerojatnosti za ponovno počinjenje kaznenog djela, ovaj instrument također osigurava identificiranje kriminogenih potreba, procjenu razine rizika koji pojedinac predstavlja za sebe i druge, planiranje tretmana sukladno dobivenim rezultatima procjene, donošenje odluke o potrebi provođenja dodatne procjene, kao i praćenje napretka tijekom izdržavanja zatvorske kazne (Weekes i sur., 2019). Ovaj je instrument važan jer se njegova modificirana verzija koristi u okviru hrvatskog probacijskog sustava od 2011. godine. Naime, u svrhu procjene rizika i kriminogenih potreba, probacijski službenici koriste instrument pod nazivom „*Sustav procjene počinitelja (SPP)*“, koji je kreiran po uzoru na originalnu verziju „*Offender Assessment System*“ instrumenta te kao takav ima široku primjenu u okviru hrvatskog probacijskog sustava. „*Sustav procjene počinitelja (SPP)*“ aktuarski je instrument, koji se najvećim dijelom fokusira na čimbenike koji su dokazano povezani s vjerojatnošću ponovnog počinjenja kaznenog djela i rizika nanošenja ozbiljne štete, a uključuju smještaj, obrazovanje, zaposlenje i obuku, financije, osobne odnose, životni stil i društvo, zlouporabu droga, zlouporabu alkohola, emocionalnu prilagodbu, razmišljanje i ponašanje te stavove. Kao najsnažniji dinamički čimbenici rizika, ističu se smještaj i zlouporaba droga (Ricijaš, 2010, prema Maloić i Mažar, 2014). Primjena ovog instrumenta probacijskom službeniku omogućava tri razine procjene, uključujući procjenu vjerojatnosti ponovnog počinjenja kaznenog djela, koja može biti niska, srednja i visoka. Nadalje, ovim se instrumentom procjenjuje rizik nanošenja ozbiljne štete, koji može biti nizak, srednji, visok i vrlo visok, a uključuje nanošenje štete zajednici, poznatim odraslim osobama i djeci, kao i nanošenje štete samome sebi, što podrazumijeva samozljeđivanje i suicid. Osim toga, procjenjuje se i analizira čimbenike na koje je potrebno utjecati kako bi se kod pojedinca ostvarila pozitivna promjena. Osim navedenog, ovaj instrument uključuje i samoprocjenu počinitelja, u okviru koje se počinitelju omogućava iznošenje vlastitog viđenja sebe i počinjenog kaznenog djela. Uzimajući u obzir sklonost počinitelja minimiziranju i/ili negiranju ozbiljnosti svog problema ovisnosti, važno je stvoriti atmosferu u kojoj će se

počinitelj osjećati slobodno govoriti o svojoj ovisnosti, ali istovremeno neće biti prostora za manipulaciju (Martin i Ripley, 2011, prema Maloić i Mažar, 2014). Temeljem dobivenih rezultata SPP-a, za svakog se počinitelja kreira pojedinačni program rada, koji se revidira prema zakonski utvrđenim rokovima. Ukoliko je kod pojedinca došlo do značajnijih promjena njegovih okolnosti, kriminogenih potreba i čimbenika rizika, ponovno se primjenjuje SPP te se sukladno dobivenim rezultatima kreira novi, prilagođeni pojedinačni program rada (Maloić i Mažar, 2014).

Weekes i sur. (2019) objašnjavaju kako valjanost i prediktivnost instrumenata procjene jako ovise o kontekstu u kojemu se primjenjuju, kao i o specifičnom cilju koji se želi postići procjenom. Sukladno navedenom, važno je da stručnjaci prilikom odabira instrumenata koje će koristiti, osim prediktivnosti i valjanosti tih instrumenata, razmišljaju i o kontekstu u kojemu će ih primjenjivati, kao i specifičnim karakteristikama populacije koja će njima biti zahvaćena. Na procjenu je moguće gledati kroz njezinu srž, a to je kreiranje koherentne slike pojedinca i njegovih trenutnih okolnosti. Kako bi to bilo moguće, preporuča se postavljanje otvorenih pitanja, čime se pojedincu daje mogućnost slobodnog izražavanja. Rad s ovim populacijama stručnjacima će otkriti iznimnu kompleksnost njihovih životnih puteva, zbog čega je važna osviještenost o tome kako problemi u jednom području života, najčešće podrazumijevaju probleme i u drugim područjima njihova života. To je ključno kako bi se se razumjelo što je doista u pozadini pojedinčeve konzumacije droga, odnosno njezine zlouporabe. Primjerice, Weekes i sur. (2019) objašnjavaju kako je iskustvo nasilja te sukladno tome, proživljena trauma, jedan od ključnih čimbenika za koji se vjeruje da u velikoj mjeri može pridonijeti zlouporabi psihoaktivnih tvari, kako za osobe muškog spola, tako i za osobe ženskog spola. U slučaju planiranja tretmana u kojemu to nije uzeto u obzir, mogu se očekivati lošiji ishodi. Ovo je samo jedan od elemenata na koji je potrebno obratiti pažnju, a ima ih još mnogo.

Nadalje, Weekes i sur. (2019) navode kako je procjena puno više od samo prikupljanja podataka i donošenja tretmanskih odluka. Jedan od ključnih elemenata procjene također je i pružanje feedbacka, odnosno povratne informacije osobi koju se procjenjuje. Heather i Stockwell (2004, prema Weekes i sur., 2019) navode kako je feedback vitalni dio svakog procesa procjene koji može imati ključnu ulogu u

poticanju promjene kod korisnika. Koristeći elemente motivacijskog intervjua, stručnjaci bi svojim korisnicima trebali pružiti personalizirani, objektivni feedback, kojim će kod njih potaknuti motivaciju i spremnost za promjenom, a samim time i za uključivanjem u programe tretmana. Ono što je također važno jest da složenost procesa procjene ne garantira nužno i njezin uspjeh. Naime, prikupljanje velikog broja informacija i ustrajanje u kompleksnoj analizi tih podataka neće nužno rezultirati i adekvatno donesenim odlukama. Ključ procjene je prikupiti one podatke koji su relevantni za daljnji tretmanski rad s korisnikom, kako bi mu se mogao osigurati odgovarajući tretman. Uzimajući u obzir sve navedeno, može se govoriti o važnosti temeljitosti procjene, koja podrazumijeva stručnjakovo poznavanje populacije koju procjenjuje, instrumenata koji će najbolje odgovoriti na postavljene ciljeve procjene, kao i tretmanskim intervencijama kojima će se najučinkovitije djelovati na prepoznate probleme kod pojedinca kojeg se procjenjuje (Casey i sur., 2013).

### **6.3. Recidivizam počinitelja ovisnih o psihoaktivnim tvarima**

Uzimajući u obzir ranije objašnjenu vezu zlouporabe droga i kriminaliteta, može se zaključiti kako počinitelji kaznenih djela ovisni o psihoaktivnim tvarima predstavljaju posebno rizičnu skupinu kada je riječ o recidivizmu. Osim recidivizma, za populaciju ovisnika karakterističan je i relaps koji se objašnjava kao ponovna konzumacija droge nakon uspostavljenog perioda apstinencije. Kao rezultat apstinencije, kod pojedinaca može doći do povećane želje za konzumacijom, ali i smanjene tolerancije prilikom konzumacije, što ih čini posebno ranjivima prilikom povratka životu na slobodi, a samim time i sklonijima povratku ovisničkom i kriminalnom stilu života. Tome u prilog idu podaci brojnih svjetskih istraživanja koji upućuju na veće stope recidivizma među populacijom ovisnika o psihoaktivnim tvarima, što nije ni malo iznenađujuće uzimajući u obzir njihove karakteristike te prirodu odnosa ovisnosti i kriminaliteta (Saunders i Allsop, 1987).

Ključna funkcija procesa procjene počinitelja kaznenih djela jest utvrđivanje stupnja rizika za ponovno počinjenje kaznenog djela. Kako bi to bilo moguće, potrebno je utvrditi čimbenike koji povećavaju rizik da će se pojedinac ponovno vratiti kriminalnom stilu života, tj. prediktore recidivizma. U tom smislu, Dowden i Brown (2002) navode kako je prvu meta-analizu na temu prediktora recidivizma

kod odraslih počinitelja kaznenih djela, zajedno sa svojim suradnicima, proveo Gendreau 1996. godine. Rezultati te meta-analize upućuju na to da ne postoji značajna povezanost između ovisnosti o drogama i recidivizma. Konkretno, Gendreau i Goggin (1996) navode kako su antisocijalne crte ličnosti, antisocijalni stavovi, antisocijalne veze, obrazovanje i zaposlenje puno snažniji prediktori recidivizma, nego ovisnost. Još jednu meta-analizu na temu prediktora recidivizma, 1998. godine proveli su Bonta i njegovi suradnici, stavljajući naglasak na odnos recidivizma i ovisnosti. Bonta i sur. (1998) pružili su detaljan uvid u ovisnost kao prediktor generalnog i nasilnog recidivizma među populacijom počinitelja kaznenih djela s dijagnosticiranim psihičkim poremećajima. Ovisnost o psihoaktivnim tvarima podijelili su u dvije kategorije, pri čemu se jedna odnosila na ovisnost o alkoholu, a druga na ovisnost o ilegalnim supstancama. Analizom prikupljenih podataka utvrdili su kako ovisnost o ilegalnim supstancama predstavlja značajniji prediktor generalnog recidivizma, u odnosu na ovisnost o alkoholu, dok je za nasilni recidivizam utvrđena samo umjerena veza s ovisnosti, kako o alkoholu, tako i o ilegalnim supstancama (Bonta i sur., 1998). Uzimajući u obzir nekonzistentnost rezultata ranije provedenih meta-analiza, Dowden i Brown (2002) također su proveli meta-analizu fokusirajući se na ovisnost kao prediktor recidivizma, međutim, promatrali su je kroz pet različitih, ali međusobno povezanih čimbenika, uključujući ovisnost o alkoholu, ovisnost o ilegalnim supstancama, ovisnost o alkoholu i ilegalnim supstancama, počinjenje kaznenog djela pod utjecajem psihoaktivnih tvari te ovisnost roditelja/skrbnika. Rezultati ove meta-analize upućuju na značajnu povezanost ovisnosti i recidivizma, pri čemu najznačajniji prediktor predstavlja kombinirana ovisnost o alkoholu i ilegalnim supstancama, nakon čega slijedi ovisnost o ilegalnim supstancama, ovisnost roditelja/skrbnika te ovisnost o alkoholu. Za čimbenik počinjenja kaznenog djela pod utjecajem psihoaktivnih tvari nije utvrđena povezanost s generalnim recidivizmom.

Nadalje, još jedan čimbenik koji se u brojnim istraživanjima pokazao kao značajan prediktor recidivizma jest mentalno zdravlje počinitelja, točnije prisutnost psihičkih poremećaja. Jaffe, Du, Huang i Hser (2012) govore o prisutnosti komorbiditetnih psihičkih poremećaja kod pojedinaca ovisnih o psihoaktivnim tvarima. Naime, Watkins i sur. (2004, prema Jaffe i sur., 2012) navode kako su epidemiološke studije pokazale da je kod 55-69% pojedinaca ovisnih o drogama

utvrđena prisutnost komorbiditetnog psihičkog poremećaja, dok 60% onih s dijagnosticiranim psihičkim poremećajima iskazuje ovisničke obrasce konzumacije psihoaktivnih tvari. Također, Fazel i sur. (2006, prema Breedvelt, Dean, Jones, Cole i Moyes, 2016) objašnjavaju kako, u odnosu na generalnu populaciju, počinitelji kaznenih djela ovisni o psihoaktivnim tvarima češće iskazuju komorbiditetne psihičke poremećaje. Breedvelt i sur. (2016) navode kako rezultati brojnih studija upućuju na to da su ovisnost o drogama i prisutnost drugih problema mentalnog zdravlja kontinuirano povezani s većim rizikom od recidivizma. Međutim, postoje razlike ovisno o tome o kojim je problemima mentalnog zdravlja riječ. Primjerice, pokazalo se kako prisutnost komorbiditetnih anksioznih poremećaja ne povećava rizik od recidivizma, dok je prisutnost simptoma depresije te antisocijalnog poremećaja ličnosti utvrđena kao snažan prediktor budućeg recidivizma. Sukladno navedenom, može se govoriti o rezultatima studije Breedvelt i sur. (2016) koji su na uzorku od 667 počinitelja ovisnih o psihoaktivnim tvarima istraživali ovisnost i komorbiditetne psihičke poremećaje te njihovu vezu s recidivizmom godinu dana nakon izlaska na slobodu. Temeljem dobivenih rezultata utvrdili su kako počinitelji sa simptomima velikog depresivnog poremećaja iskazuju veći rizik od recidivizma, što je slučaj i s počiniteljima s dijagnozom antisocijalnog poremećaja ličnosti. S druge strane, kod počinitelja s opsesivno-kompulzivnim poremećajem utvrđen je manji rizik od recidivizma.

Iz svega navedenog, može se zaključiti kako ovisnost o psihoaktivnim tvarima predstavlja značajan prediktor recidivizma na koji se potrebno usmjeriti u tretmanskome radu s počiniteljima koji iskazuju probleme ovisnosti, kako bi se smanjila vjerojatnost njihovog povratka kriminalnom stilu života.

## 7. TRETMAN OVISNIKA O PSIHOAKTIVNIM TVARIMA

Tretman ovisnika o psihoaktivnim tvarima ima dugu povijest, a potreba za njime u okviru pravosudnog sustava proizašla je iz rastućeg broja počinitelja kaznenih djela koji iskazuju problem zlouporabe droga. Tome u prilog ide i činjenica da, u odnosu na ostatak zatvorske populacije, ovisnici o psihoaktivnim tvarima kontinuirano iskazuju najviše stope recidivizma (Langan i Levin, 2002, prema Sung i Belenko, 2005).

Postoje dvije skupine tretmanskih programa: programi koji se provode unutar kaznenog tijela i oni koji se provode izvan kaznenog tijela. Drugu skupinu čine programi namijenjeni počiniteljima kojima nije izrečena kazna zatvora, već neka druga alternativna sankcija, a koji su sukladno tome u nadležnosti probacijskog sustava. Sung i Belenko (2005) navode kako programi koji se provode izvan kaznenog tijela, odnosno u zajednici, pokazuju bolje rezultate po pitanju recidivizma. Osim što se time smanjuje logistički i financijski pritisak na zatvorski sustav, počinitelje se udaljuje od kriminalne subkulture prisutne u kaznenim tijelima te se reduciraju njihove veze s drugim antisocijalnim pojedincima. Također, važnu ulogu ima i to je li počinitelj dovršio sudjelovanje u programu u koji je uključen ili ne. Ranije navedena istraživanja govore u prilog većih stopa recidivizma kod onih pojedinaca koji uopće nisu bili uključeni u programe tretmana ili su od njih odustali prije završetka izdržavanja zatvorske kazne.

Proučavajući recidivizam, brojna istraživanja provedena u prošlosti pa i danas, identificirala su skupinu istih ili sličnih čimbenika za koje se vjeruje da su u direktnoj vezi s recidivizmom. Jedan od ključnih čimbenika je rana dob uključivanja u kriminalna ponašanja, kao i povijest antisocijalnog ponašanja, koji se smatraju dvama najboljim prediktorima recidivizma. Osim navedenih, važnim se ističu i bračni status te zaposlenje (Laub i Sampson, 2001, prema Sung i Belenko, 2005). Kada je riječ o dovršavanju, odnosno nedovršavanju sudjelovanja u programima tretmana i njihovoj vezi s recidivizmom, postavlja se pitanje koja je razlika između onih pojedinaca koji su uspješno dovršili sudjelovanje u programu te kasnije nisu recidivirali i onih kod kojih je došlo do recidivizma unatoč uspješno dovršenom programu?! Istraživanja na ovu temu pokazuju kako, osim samog sudjelovanja u programu tretmana, važnu ulogu imaju i druge intervencije koje se

primjenjuju individualno spram svakog pojedinog počinitelja, kao i dinamika intervencija kojima je pojedinac izložen po izlasku na slobodu (Sung i Belenko, 2005).

### **7.1. Što funkcionira u radu s ovisnicima o psihoaktivnim tvarima?!**

Godine istraživanja na temu učinkovitosti tretmanskih programa za počinitelje kaznenih djela ovisnih o psihoaktivnim tvarima, pružile su detaljan uvid u to što funkcionira u radu s ovom populacijom, a što ne. Točnije, kakve će intervencije osigurati najbolje rezultate u radu s ovisnicima o drogama, posebice kada je riječ o relapsu i stopama recidivizma. Na tragu toga, Weekes i sur. (2013) nude sedam ključnih sastavnica učinkovitih programa tretmana ovisnika o psihoaktivnim tvarima, a to su:

#### *1. Programi bi trebali biti utemeljeni na principima socijalnog učenja i kognitivno- bihevioralnog pristupa*

Pearce i Holbrook (2002, prema Weekes i sur., 2013) navode kako se, sukladno modelu socijalnog učenja i kognitivno-bihevioralnom pristupu, ovisnost doživljava kao naučeno, neprilagođeno ponašanje na koje se može utjecati modeliranjem, odnosno pružanjem primjera pro-socijalnog ponašanja. Naime, antisocijalni stavovi i ponašanja koja pojedinci manifestiraju predstavljaju svojevrsne obrambene mehanizme, koji se održavaju temeljem neposrednih unutarnjih potkrepljenja, kao što je primjerice osjećaj ugone, a koji su puno jači od mogućih negativnih posljedica, kao što su uhićenje, zatvaranje i slično. Sukladno tome, ovi pristupi nastoje promijeniti kognitivne procese pojedinca i mehanizme suočavanja s problemima te time postići promjenu u ponašanju. Kako bi to bilo moguće, glavni naglasak stavljaju na učenje socijalnih vještina, koristeći se tehnikama igranja uloga, kognitivnog restrukturiranja i uvježbavanja novih, prilagođenih oblika ponašanja (Weekes i sur., 2013).

#### *2. Programi bi trebali biti utemeljeni na modelu kriminogenih rizika i potreba*

Kao što je već ranije spomenuto, model kriminogenih rizika i potreba predstavlja znanstveno utemeljen, učinkovit te najrasprostranjeniji pristup u kreiranju tretmanskih programa u okviru penalnog sustava, a temelji se na tri ključna principa: princip rizika, princip potreba i princip responzivnosti. Princip

rizika podrazumijeva usklađivanje programa sa stupnjem rizika počinitelja, dok princip potreba podrazumijeva usmjerenost programa na kriminogene potrebe počinitelja. Princip responzivnosti uključuje opću i specifičnu responzivnost, a podrazumijeva usklađivanje programa s karakteristikama počinitelja (Hubbard, 2007, prema Weekes i sur., 2013). Dugogodišnja istraživanja tretmanskih programa još od ranih 1990-ih godina pa sve do danas pružila su kontinuirane empirijske dokaze o učinkovitosti programa utemeljenih na modelu kriminogenih rizika i potreba kada je riječ o smanjenju recidivizma, što se može primijeniti i na ovisnike o psihoaktivnim tvarima.

### *3. Intenzitet programa trebao bi odgovarati ozbiljnosti problema*

Kada je riječ o ovisnicima o drogama, ključni element procjene je ozbiljnost problema njihove ovisnosti. Naime, jedan od pristupa ovisnosti jest onaj prema kojemu je to bolest koju pojedinac ima ili nema pa se, sukladno tome, svima onima koji se smatraju „bolesnima“ osigurava isti modalitet tretmana, koji najčešće traje svega nekoliko tjedana, neovisno o tome o koliko je ozbiljnom stanju riječ (Weekes, Moser i Langevin, 1999). Ovakav je pristup izazvao brojne rasprave i nedoumice, zbog čega druga skupina autora objašnjava kako je ovisnost progresivna bolest koja, unatoč tome što prvotno to nije bila, može prerasti u stvaran problem i time ugroziti zdravlje i život pojedinca te njegove okoline. Na ovo se može gledati i u suprotnom smjeru, čemu u prilog idu istraživanja koja su pokazala kako uključivanje niskorizičnih počinitelja u programe visokog intenziteta može rezultirati negativnim ishodima. Naime, određene komponente takvih intenzivnih programa kod niskorizičnih počinitelja mogu narušiti utjecaj zaštitnih čimbenika, kao što su primjerice dobri obiteljski odnosi, pro-socijalni stavovi, postojanje sustava podrške i slično te time dovesti do negativnih ishoda (Lowenkamp i Latessa, 2005). Sukladno navedenom, penalni sustav usvojio je pristup prema kojemu se odluke o tretmanu donose na temelju procjene počinitelja, čiji je glavni cilj procijeniti ozbiljnost problema ovisnosti i rizik od recidivizma te temeljem toga svakom pojedincu osigurati odgovarajuću intervenciju.

### *4. Programi bi trebali koristiti tehnike motivacijskog intervjuiranja*

Kada je riječ o učinkovitosti tretmanskih intervencija, istraživanja su pokazala



kako će pružanje odgovarajućih intervencija kod većine pojedinaca rezultirati povoljnim rezultatima. Podaci također ukazuju na to da bolje rezultate ostvaruju oni počinitelji koji su uspješno završili sudjelovanje u programu tretmana te su po izlasku na slobodu nastavili s tretmanom kroz različite oblike poslijepenalnih intervencija. McMurrana i Theodosi (2007) analizirali su stope recidivizma kod ovisnika uključenih u kognitivno-bihevioralne tretmanske programe u penalnim ustanovama, pri tom se usmjeravajući na razlike između onih koji su uspješno završili sudjelovanje u programu, u odnosu na one koji nisu. Njihovi rezultati upućuju na niže stope recidivizma kod onih počinitelja koji su uspješno završili sudjelovanje u programima tretmana. Sukladno tome, oni navode kako je osim samog uključivanja počinitelja u programe tretmana, važno raditi i na njihovom zadržavanju u tim programima, a upravo tome služe nam tehnike tzv. motivacijskog intervjuiranja. To je koncept koji su prvi puta spomenuli Miller i Rollnick, a opisuje se kao tehnika kojom se ovisnike o psihoaktivnim tvarima potiče na promjenu. Naime, ideja u podlozi motivacijskog intervjuiranja je da se kod pojedinca izazove promjena u ponašanju, na način da mu se pomogne da istraži i prevlada ambivalenciju. Važan dio ovog procesa čini i empatija od strane stručnjaka, kojom pojedincu daje do znanja da razumije njegove osjećaje te ih prihvaća bez osuđivanja i okrivljavanja. Korištenje ovih tehnika dokazano pridonosi uspješnijem sudjelovanju u programima tretmana, a samim time podrazumijeva i niže stope recidivizma i relapsa kod počinitelja, zbog čega ih je važno ukomponirati u tretman (Weekes i sur., 2013).

##### *5. Programi bi trebali imati „terapijski integritet“*

Gendrau, Goggin, French i Smith (2006) navode kako je za programe tretmana, osim utemeljenosti na dokazima učinkovitosti, također važno postojanje takozvanog terapijskog integriteta, koji podrazumijeva da su stručnjaci koji ih provode adekvatno educirani te supervizirani, kao i to da su programi standardizirani i da se konzistentno provode. O važnosti terapijskog integriteta govori nekolicina istraživanja kojima je utvrđena pozitivna korelacija između principa terapijskog integriteta i učinkovitosti tretmanskih programa (Weekes i sur., 2013).

## *6. Programi bi trebali uključivati dodatne intervencije u obliku supstitucijske terapije*

Opioidna supstitucijska terapija (OST) smatra se jednom od najraširenijih i najučinkovitijih intervencija za heroinske i druge opijatske ovisnike. Istraživanja provedena na populaciji opijatskih ovisnika govore u prilog brojnim prednostima korištenja supstitucijske terapije. Neke od tih prednosti uključuju: reduciranje rizika za oboljenje od HIV/AIDS-a, Hepatitisa C ili neke druge krvlju prenosive bolesti; unaprijeđenje fizičkog i psihičkog zdravlja; povećanje vjerojatnosti stalnog zaposlenja; podizanje ukupne kvalitete života; reduciranje konzumacije protupravno pribavljenih opioida; reduciranje konzumacije drugih psihoaktivnih tvari; smanjenje uključenosti u kriminalna ponašanja; smanjenje razdoblja zatvorenosti; smanjenje stopa smrtnosti. Uzimajući sve navedeno u obzir, može se govoriti o značajnom doprinosu supstitucijske terapije, kako u kontekstu reduciranja kriminalnih ponašanja, tako i u unaprijeđenju općenitog zdravlja (Health Canada, 2002, prema Weekes i sur., 2013).

## *7. Program bi trebao imati poslijepenalnu komponentu*

Velika većina programa namijenjenih ovisnicima o drogama funkcionira po principu većeg broja intenzivnih susreta kroz kraći vremenski period, unutar ili izvan kaznenog tijela. Međutim, istraživanja su ukazala na važnost kontinuirane, dugotrajnije izloženosti tretmanu, čemu u prilog idu i podaci koje govore kako je trajanje intervencije puno važnije od njezinog intenziteta (Weekes i sur., 2013).

### **7.2. Primjeri programa tretmana za ovisnike o psihoaktivnim tvarima**

U okviru penalnog sustava može se govoriti o različitim vrstama tretmanskih programa namijenjenih ovisnicima o drogama. S jedne strane, postoje programi usmjereni na minimiziranje štete, kojima je cilj povećati svijest pojedinca o psihološkim učincima zlouporabe droga i visokorizičnih ponašanja. Osim toga, postoje farmakološki programi, u obliku opioidne supstitucijske terapije te psihoedukativni programi, kojima je cilj poboljšati pojedinčevo razumijevanje odnosa zlouporabe droga i činjenja kaznenih djela te ga motivirati za uključivanje u intenzivnije programe tretmana. U kontekstu toga, kao najintenzivniji oblici tretmana za ovisnike na izdražavanju zatvorske kazne ističu se grupni programi

tretmana i terapijske zajednice (Casey i Day, 2019).

Većina istraživanja o učinkovitosti tretmanskih programa provedena je na području Sjedinjenih Američkih Država. Pravosudni sustavi diljem svijeta manje se ili više razlikuju, stoga je potreban poseban oprez kada je riječ o analiziranju dobivenih podataka i donošenju općih zaključaka i pretpostavki. Naime, ne može se sa sigurnošću tvrditi da će ono što funkcionira u jednoj državi, konkretno, na američkoj populaciji počinitelja ovisnih o drogama, funkcionirati u europskim i drugim državama svijeta. Unatoč tome, svako istraživanje pa tako i ova provedena na području SAD-a, predstavljaju iznimno važan izvor podataka.

Uzimajući u obzir navedeno, kao najčešće primjenjivane intervencije ističu se *grupni programi tretmana*, koji se baziraju na treningu socijalnih vještina, a namijenjeni su počiniteljima umjerenog i visokog rizika. Ovi se programi usmjeravaju na problem zlouporabe droga te počinjeno kazneno djelo, a osim toga naglasak stavljaju i na vještine rješavanja problema, životne vještine, komunikacijske vještine, prevenciju relapsa i slično. Kao dobar primjer ovakvog programa, spominje se „*National Substance Abuse Program*“, koji se provodi u Kanadi, a kombinira programe umjerenog i visokog intenziteta, čiji je cilj reduciranje kriminalnog ponašanja te usvajanje vještina nošenja sa stresom, koje ne uključuju konzumaciju psihoaktivnih tvari. Visokorizični počinitelji uključeni su u program visokog intenziteta, a riječ je o pojedincima čija je ovisnost direktno povezana s činjenjem kaznenih djela. Taj je program utemeljen na postavkama kognitivno-bihevioralne terapije, a uključuje i elemente motivacijskog intervjuiranja, realitetne terapije i prevencije relapsa. Program se sastoji od ukupno 89 grupnih seansi te nekoliko individualnih, ovisno o potrebama svakog počinitelja. Evaluacijom programa dobiveni su podaci koji ukazuju na to da osobe koje su uspješno dovršile sudjelovanje u programu pokazuju niže stop recidivizma te manje problema prilagodbe po povratku u zajednicu. Počinitelji procijenjeni kao umjereno rizični sudjeluju u programu koji je po svojim karakteristikama gotovo jednak onome za visokorizične počinitelje, međutim modalitet je drugačiji u toliko što se njihov program sastoji od 26 grupnih te jedne individualne seanse. Kao i kod visokorizičnih počinitelja, evaluacija pokazuje niže stope recidivizma za počinitelje koji su uspješno dovršili sudjelovanje u programu (Casey i Day, 2019).

Nadalje, u Velikoj Britaniji postoji takozvani „*Rehabilitation for Addicted*

*Prisoners Trust*“ (RAPt). Riječ je o programima visokog intenziteta koji se provode u kaznenim tijelima diljem Engleske i Walesa. Ovi se programi podjednako usmjeravaju na problem ovisnosti i činjenje kaznenih djela, a svoje temelje imaju u kognitivno- bihevioralnoj terapiji. Oni se temelje na principima američkih AA (Alcoholics Anonymous) i NA (Narcotics Anonymous) programa, koji funkcioniraju po principu 12 koraka. Programi uključuju kombinaciju grupnog i individualnog rada, edukacije te pisane zadatke, a u prosjeku traju od 16-21 tjedana. Vođeni su od strane profesionalnih savjetnika, koji često i sami imaju povijest zlorporabe droga te činjenja kaznenih djela, a glavni naglasak stavlja se na mentalnu opsesiju konzumiranja droga te tzv. sustave otpora koje je pojedinac usvojio kroz dugotrajnu zlorporabu droga (Doležal i Jandrić, 2002). Govoreći o učinkovitosti ovog programa, Kopak, Dean, Procto, Millerm i Hoffmann (2015) proveli su evaluaciju, uspoređujući stope recidivizma počinitelja muškog spola koji su uspješno završili sudjelovanje u ovom programu s dvije skupine: prvom, koju su činili počinitelji koji nisu dovršili sudjelovanje u programu, dok je drugu činila kontrolna skupina počinitelja koji su, unutar istog kaznenog tijela, sudjelovali u drugom obliku tretmana. Dobiveni podaci ukazuju na to da su, godinu dana od izlaska na slobodu, počinitelji koji su uspješno dovršili sudjelovanje u RAPt-u, imali niže stope recidivizma, za razliku od onih koji su sudjelovali u alternativnom obliku programa i onih koji nisu dovršili sudjelovanje u programu. Osim toga, dobiveni podaci ukazuju na odnos vrste psihoaktivne tvari i stope recidivizma, kao i odnos vrste kaznenog djela i recidivizma. U tom smislu, za osobe ovisne o heroinu i kokainu utvrđena je veća razina rizika za ponovno počinjenje kaznenog djela, kao i za počinitelje imovinskih delikata.

Kada je riječ o ženama ovisnim o drogama u penalnom sustavu, može se zaključiti kako postoji jako malo dostupnih podataka, ali i konkretnih programa specifično namijenjenih njima. Međutim, jedan od njih je „*Women Offender Substance Abuse Program*“ (WOSAP), koji se provodi u Kanadi, a namijenjen je ženama umjerenog ili visokog stupnja rizika, koje iskazuju problem ovisnosti. Ovaj program osigurava kontinuum različitih intervencija i usluga, kojima se nastoji odgovoriti na specifične potrebe svake polaznice, a uključuje intenzivni terapijski i edukativni rad te rad na prevenciji relapsa, kao i poslijepenalnu komponentu, koja je opcionalna, a koja se odnosi na rad na održavanju stanja po izlasku na slobodu i

povratku u zajednicu. Evaluacija ovog programa pokazuje niže stope recidivizma za one počiniteljice koje su uspješno završile sudjelovanje u programu te su po povratku u zajednicu ostale uključene u poslijepenalnu komponentu ovog programa, za razliku od onih koje su po izlasku na slobodu odustale od sudjelovanja u programu. Konkretno, od ukupnog broja počiniteljica koje su nastavile sudjelovanje u tretmanu po povratku u zajednicu, samo je njih 5% recidiviralo, u odnosu na one koje su odbile nastaviti sudjelovati u tretman, a od kojih je njih 38% zbog recidiva ponovno završilo iza rešetaka (Casey i Day, 2019).

Osim grupnih programa tretmana, važan oblik rehabilitacije ovisnika u kaznenim tijelima čine terapijske zajednice. Terapijske zajednice imaju dugu povijest, a Bubić (2006) navodi kako je njihov osnovni cilj stvaranje posebne jedinice za život, kroz koju pojedinci rastu na osobnom i socijalnom planu, s naglaskom na učenje preuzimanja odgovornosti za vlastito ponašanje te uvažavanje drugih. Hećimović (1987, prema Bubić, 2006) nudi definiciju terapijske zajednice, prema kojoj je to „oblik organizacije zajedničkog života grupe osoba, u kojoj se trajno, smišljeno i stvaralački traži angažirano učešće i uključivanje što većeg broja pripadnika grupe, na izvršavanju zadataka kojima se ostvaruje postojanje zajednice načinom primjerenim potrebama konkretnih osoba, članova zajednice, iz čega proističu povoljna djelovanja na pojedince, pripadnike grupe, kao i na njihovo zajedništvo“. Kao i ranije navedeni grupni programi tretmana, terapijske zajednice naglasak stavljaju na razumijevanje vlastite ovisnosti, razvoj mehanizama za nošenje s apstinencijom, razvoj socijalnih vještina, rad na prevenciji relapsa, usvajanje alternativnih, prosocijalnih oblika ponašanja i slično. Osim toga, one polaze od ideje uspostavljanja apstinencije, a njihov glavni cilj je promocija samostalnosti i preuzimanja odgovornosti za vlastito ponašanje, pri čemu je pojedinac taj koji je odgovoran za vlastiti oporavak. Međutim, ono što ih razlikuje od drugih programa tretmana jest činjenica da su članovi terapijskih zajednica odvojeni od ostatka zatvoreničke populacije te jedni drugima služe kao prilika za učenje novih, prilagođenih oblika ponašanja (Casey i Day, 2019). Kada je riječ o učinkovitosti terapijskih zajednica u odnosu na stope recidivizma, može se govoriti o različitim podacima. Primjerice, ranije provedena istraživanja potvrdila su značajno smanjene stope recidivizma za visokorizične počinitelje koji su tijekom izdržavanja zatvorske kazne bili uključeni u terapijsku zajednicu, u odnosu na one koji su sudjelovali u

nekom drugom obliku tretmana i one koji nisu bili uključeni u niti jedan tretmanski program (Wexler, Melnick i Cao, 2004). Međutim, postoje i drugačiji podaci. Casey i Day (2019) govore o istraživanju provedenom na uzorku počinitelja uključenih u terapijsku zajednicu pod nazivom „Amity TC“ u San Diegu u Kaliforniji. Uspoređivane su stope recidivizma nakon izlaska na slobodu za dvije, po svojim obilježjima, izjednačene skupine počinitelja, od kojih je prva bila uključena u terapijsku zajednicu, a druga ne. Podaci godinu dana nakon izlaska te oni dvije godine nakon izlaska na slobodu, govore u prilog nešto nižim stopama recidivizma za počinitelje uključene u terapijsku zajednicu. Međutim, utvrđeno je kako nakon pet godina ne postoje značajne razlike između onih koji su bili uključeni u terapijsku zajednicu i onih koji nisu. U kontekstu recidivizma, najuspješniji su bili počinitelji starije dobi koji su po izlasku na slobodu nastavili s tretmanom. Uzimajući u obzir navedeno, može se zaključiti kako nastavak tretmana po povratku u zajednicu ima jednaku važnost kao i tretman kojem su počinitelji izloženi tijekom izdržavanja kazne, ali problem predstavlja to što sustav poslijepenalnog prihvata u mnogim državama još uvijek nije na onoj razini na kojoj bi trebao biti, zbog čega se veliki broj počinitelja, unatoč uspješnom sudjelovanju u programima tretmana, nakon određenog vremena vraća životu iza rešetaka (Casey i Day, 2019).

Još jedan oblik tretmana za počinitelje ovisne o drogama je farmakološka terapija. Naime, uz ostale oblike tretmana, važno je osvijestiti i važnost farmakološke terapije, odnosno tzv. opioidne supstitucijske terapije (OST), koja predstavlja oblik zdravstvene skrbi za ljude koji su ovisni o heroinu ili za ljude koji su postali ovisni nakon uzimanja propisanih opioidnih analgetika, a uključuje zamjenu lijeka koji se neprimjereno koristi s opioidom dugog djelovanja. Lijekovi koji se najčešće koriste su metadon i buprenorfin. Supstitucijska terapija utječe, ne samo na smanjenje konzumacije heroina i drugih opijata, već i smanjuje rizik od HIV-a i drugih krvlju prenosivih bolesti te rizik od ponovnog uključivanja u kriminalna ponašanja (Casey i Day, 2019). U tom smislu, sistematičnim pregledom literature, Mattick, Breen, Kimber i Davoli (2009) objašnjavaju kako supstitucijska terapija (OST) u većoj mjeri smanjuje konzumaciju heroina, nego neki drugi, nefarmakološki oblici terapije, pri čemu metadon ima bolji učinak u odnosu na buprenorfin. Kada je riječ o uključivanju u kriminalna ponašanja, stvar je nešto kompliciranija, obzirom da je teško utvrditi vezu supstitucijske terapije i recidivizma.

Naime, temeljem sistematičnog pregleda literature, Mitchell, Wilson i MacKenzie (2012) navode kako nije utvrđena statistički značajna povezanost između korištenja supstitucijske terapije i smanjenja recidivizma. Međutim, Stöver i Michels (2010) objašnjavaju kako je jedna kanadska studija došla do podataka prema kojima su počinitelji koji su koristili supstitucijsku terapiju, godinu dana od izlaska na slobodu, u manjoj mjeri recidivirali (41%), u odnosu na one koji nisu primali nikakav oblik farmakološke terapije (58%).

Govoreći o učinkovitosti tretmanskih intervencija, osim već navedenog, može se govoriti i o podacima do koji su došli De Andrade, Ritchie, Rowlands, Mann i Hides (2018), analizirajući učinkovitost intervencija u pogledu smanjenja recidivizma i ponovne konzumacije droga. Naime, De Andrade i sur. (2018) analizirali su dostupnu literaturu o tretmanskim intervencijama koje se koriste u radu s ovisnicima o psihoaktivnim tvarima u kaznenim tijelima diljem svijeta, stavljajući poseban naglasak na to kako one utječu na recidivizam i ponovnu konzumaciju droga po izlasku na slobodu. Njihov je rad obuhvatio ukupno 49 istraživanja o učinkovitosti tretmanskih intervencija, a većina, točnije njih 32, je s područja SAD-a. Ostale obuhvaćene države su: Kanada (3), Švedska (3), Puerto Rico (2), Australija (2), Velika Britanija (1), Kina (1), Japan (1), Španjolska (1), Taiwan (1) i Francuska (1). Osim toga, 23 istraživanja provedena su na počiniteljima muškog roda, 10 na počiniteljicama ženskog roda, dok je njih 12 kombiniralo počinitelje oba roda, a u preostale četiri studije to nije bilo precizirano. Ovo je važno napomenuti jer govori u prilog raznolikosti uzorka, a samim time nam daje i širu sliku o tome djeluju li i na koji način tretmanske intervencije koje se provode s ovisnicima o drogama diljem svijeta. Tretmanske intervencije analizirane ovim radom uključuju: psihosocijalne intervencije (terapijske zajednice, kognitivno-bihevioralna terapija, motivacijsko intervjuiranje, itd.), psihofarmakološke intervencije (supstitucijska terapija u kombinaciji s grupnim i individualnim savjetovanjem te poslijepenalnog komponentom) te farmakološke intervencije (opioidna supstitucijska terapija). Kada je riječ o psihosocijalnim intervencijama, rezultati ove analize upućuju na učinkovitost terapijskih zajednica u smanjenju recidivizma tijekom prvih nekoliko mjeseci po izlasku na slobodu, dok se u kontekstu ponovne konzumacije droge može govoriti o nešto slabijim rezultatima. Nadalje, kognitivno-bihevioralna terapija nije se pokazala učinkovitom u slučajevima u kojima se provodila samostalno, međutim u

kombinaciji s drugim tretmanskim intervencijama pokazuje značajan uspjeh u smanjenju stopa recidivizma, kao i smanjenju ponovne konzumacije psihoaktivnih tvari. Metoda motivacijskog intervjuiranja pokazala se iznimno učinkovitom kada je riječ o ponovnoj konzumaciji droge, međutim nije utvrđen njen utjecaj na smanjenje recidivizma. Govoreći o farmakološkoj terapiji, konkretno opioidnoj supstitucijskoj terapiji, rezultati upućuju na učinkovitost OST-a u smanjenju recidivizma i ponovne konzumacije droge, posebno u slučajevima u kojima počinitelj po povratku u zajednicu nastavlja s tretmanom. Ono što se također pokazalo ovom analizom jest važnost poslijepenalne komponente tretmanskih intervencija, što ide u prilog ranijim istraživanjima koja govore o važnosti nastavka tretmana po izlasku na slobodu, obzirom da istraživanja kontinuirano pokazuju bolje rezultate počinitelja koji nastavljaju s tretmanom, kako u pogledu recidivizma, tako i u pogledu smanjenja rizika od ponovne konzumacije i zlouporabe psihoaktivnih tvari (Andrade i sur., 2018).



## 8. ADDICTION SEVERITY INDEX (ASI) I NJEGOVA PRIMJENA

Kada je riječ o procjeni počinitelja kaznenih djela ovisnih o psihoaktivnim tvarima, posebnu pažnju važno je usmjeriti na instrument pod nazivom „*Addiction Severity Index*“, koji se smatra najčešće korištenim instrumentom za screening, procjenu i planiranje tretmana za osobe s problemom ovisnosti (Weekes i sur., 2019). „*Addiction Severity Index*“ nastao je 1979. godine od strane tima stručnjaka sa Sveučilišta u Pennsilvaniji, pod vodstvom psihologa Thomasa McLellana, u nastojanju da se odgovori na problem nepostojanja kvalitetnog, strukturiranog i univerzalno prihvaćenog instrumenta za procjenu osoba ovisnih o psihoaktivnim tvarima (Grissom i Bragg, 1991).

Ovaj instrument pruža okvir za provedbu strukturiranog intervjua s pojedincem, stavljajući naglasak na sedam ključnih područja, tj. domena povezanih sa zlouporabom psihoaktivnih tvari, uključujući općenite informacije o pojedincu, njegovo zdravstveno stanje, zaposlenje i financijske prilike, konzumaciju alkohola i droga, pravni položaj, obiteljske i prijateljske odnose te mentalno zdravlje (Brodey, Brodey, Rosen i Gastfriend, 2004). Svaka navedena domena sastoji se od nekolicine karakterističnih pitanja kojima se oslikava specifični dio pojedinca, tj. njegova života, a koji se može dovesti u vezu s njegovim problemom ovisnosti. Primjerice, kada je riječ o zdravstvenom stanju pojedinca, poseban naglasak stavlja se na bolesti i stanja, kao što su primjerice Hepatitis, HIV i slično, koje se često dovodi u vezu s osobama ovisnima o psihoaktivnim tvarima. Osim toga, važno je pitanje obrazovanja i zaposlenja, koje se kroz brojna istraživanja pokazalo kao značajan zaštitni, odnosno rizični čimbenik pa se u okviru te domene ispituje pojedinčev stupanj obrazovanja, trenutno zaposlenje, kao i trenutne financijske prilike. Ključni dio predstavlja domena o konzumaciji alkohola i droga, kojom se nastoji ispitati priroda i intenzitet pojedinčeve ovisnosti, pri čemu su od iznimne važnosti pitanja o vrstama psihoaktivnih tvari koje pojedinac konzumira, kao i pitanja o učestalosti te količini koju konzumira. Osim toga, postavlja se i pitanje o sudjelovanju u određenim oblicima tretmana te njihovoj učinkovitosti, u smislu apstinencije i unaprijeđenja općenite kvalitete života. Naglasak se također stavlja na mentalno zdravlje pojedinca, pri tom se fokusirajući na prisutnost mentalnih poteškoća te primanja pomoći za iste. Ovo je važno jer brojna istraživanja govore upravo u prilog odnosa ovisnosti i komorbiditetnih psihičkih poremećaja (Padyab i

sur., 2018).

Nadalje, korištenje ovog instrumenta stručnjacima omogućava prikupljanje vrijednih informacija o pojedincu prije, za vrijeme te nakon sudjelovanja u različitim programima tretmana namijenjenih ovisnicima te se kao takav primjenjuje u kliničkom i istraživačkom radu. Ovim se instrumentom procjenjuje ozbiljnost pojedinčevog problema ovisnosti, nakon čega se, temeljem dobivenih podataka, odlučuje o intenzitetu i vrsti intervencija koje je potrebno primijeniti kako bi se kod pojedinca postigla pozitivna promjena. Osim toga, primjenjuje se i s ciljem praćenja postignutog napretka pojedinca pod utjecajem primjenjenih intervencija, kako bi se osiguralo ostvarivanje postavljenih tretmanskih ciljeva (Ljungvall, Persson, Åsenlöf, Heilig i Ekselius, 2019). Govoreći o dizajnu i karakteristikama ovog instrumenta, važno je napomenuti kako se „*Addiction Severity Index*“ koristi isključivo od strane educiranih stručnjaka, a njegova primjena zahtijeva između 30 i 45 minuta. Kao što je već rečeno, *ASI* se sastoji od sedam domena, a za svaku od tih domena postavljaju se specifična pitanja o broju, intenzitetu i trajanju simptoma povezanih s ovisnosti, koji se promatraju u dvije vremenske točke, pri čemu se jedna odnosi na posljednjih trideset dana, a druga na cjelokupno životno razdoblje. Ono što je također važno jest to da jedan dio instrumenta čini skala samoprocjene, koju pojedinac primjenjuje u završnom dijelu svake domene, a kojom daje svoju procjenu i viđenje problema s kojima je suočen te procjenjuje važnost rješavanja tih problema (McLellan i sur., 1985). Nadalje, kada je riječ o bodovanju, može se govoriti o dvije metode, tj. dva načina na koja se računaju rezultati. Jedan dio bodovanja odnosi se na tzv. „*Interviewer severity rating*“, koji podrazumijeva stručnjakovu procjenu potrebe za primjenom dodatnih tretmanskih intervencija. Riječ je o česticama kvalitativne prirode koje omogućavaju stručnjaku da procjeni ozbiljnost problema pojedinca za svaku od sedam domena te sukladno tome donese odluku o potrebi dodatnih intervencija. Njihova važnost proizlazi iz činjenice da stručnjaku omogućavaju: (1) stvaranje koherentne slike pojedinčevog generalnog stanja prilikom uključivanja u tretman, (2) kreiranje inicijalnog plana tretmana s pojedincem i (3) predviđanje uspješnosti tretmana. Međutim, unatoč dokazanoj valjanosti i pouzdanosti, ovaj način bodovanja i dalje je prilično subjektivan u svojoj srži, zbog čega su autori instrumenta uveli dodatan oblik bodovanja, a to su tzv. „*Composition scores*“,

koji predstavljaju matematički utemeljenu analizu dobivenih rezultata, koja u obzir uzima određeni broj čestica iz svake pojedine domene za koje je utvrđena međusobna povezanost, kao i povezanost s postizanjem promjene kod pojedinca. Na ovaj način dobivaju se objektivni podaci o pojedinčevom generalnom stanju, tj. ozbiljnosti njegovog problema ovisnosti, što omogućava stvaranje dugoročnog plana tretmana te praćenje postignute promjene njegova stanja (PHMC Research and Evaluation Group, 1990). Uzimajući u obzir sve navedeno, postavlja se pitanje koliko je ovaj instrument doista pouzdan i valjan u svojoj primjeni. U prilog njegovoj kvaliteti govori raširenost njegove primjene diljem svijeta, u okviru različitih sustava i od strane stručnjaka različitih profila. Prva evaluacija ovog instrumenta provedena je od strane njegovih autora te je dobivenim rezultatima dokazana njegova pouzdanost i valjanost (McLellan, Luborsky, Woody i O'Brien, 1980). Nakon pet godina primjene ovog instrumenta u praksi, ponovno je provedena evaluacija, međutim, ovog puta na drugačijem uzorku, obzirom da je prijašnji uzorak bio sastavljen isključivo od veterana, čime se dovela u pitanje njegova reprezentivnost, a samim time pouzdanost i valjanost cjelokupnog instrumenta. Druga evaluacija provedena je na uzorku od 181 ispitanika različitih profila, uključujući osobe različitog roda, dobi, etniciteta, intenziteta problema te osobe iz različitih tretmanskih okruženja. Rezultati evaluacije potvrdili su ranije dokazanu pouzdanost i valjanost ovog instrumenta te govore u prilog njegove široke primjenjivosti, uključujući mogućnost predviđanja tretmanskih ishoda, usporedbu različitih oblika tretmanskih intervencija te „uparivanje“ određenog profila pojedinaca s njima karakterističnim tretmanskim intervencijama (McLellan, 1985). Kada je riječ o potencijalnim nedostacima, Cacciola, Alterman, McLellan, Lin i Lynch (2007) govore kako se kao česti problemi ovog instrumenta od strane stručnjaka koji ga primjenjuju u praksi spominje duljina trajanja te veliki financijski troškovi njegove primjene. Kako bi se riješio taj problem, nastojalo se kreirati različite, kraće verzije instrumenta, sa znatno manjim brojem čestica, međutim, to je u pitanje dovelo njegove psihometrijske karakteristike. Točnije, javile su se sumnje oko toga jesu li takve, skraćene verzije instrumenta jednako pouzdane i valjane kao original, na što je vrlo brzo pružen odgovor, objašnjavajući kako je originalna verzija u tom smislu značajno kvalitetnija, tj. da ima veću pouzdanost i valjanost.

Uzimajući u obzir navedeno, može se govoriti o značajnom doprinosu „*Addiction Severity Index*“ instrumenta, kako za stručnjake diljem svijeta, tako i za cjelokupnu populaciju osoba ovisnih o psihoaktivnim tvarima s kojima se ovaj instrument primjenjuje. Osim što je dokazano učinkovit, također predstavlja i jedan od prvih univerzalno privaćenih i strukturiranih instrumenata za primjenu s populacijom ovisnika. Tome u prilog ide i njegova mogućnost primjene s osobama potpuno različitih profila, smještenih u različitim tretmanskim okruženjima, čime se dodatno potvrđuje njegova učinkovitost (Ljungvall i sur., 2019).

### **8.1. Prijevod instrumenta *Addiction Severity Index* (ASI)**

Sagledavajući sve dostupne podatke, može se zaključiti kako je *Addiction Severity Index* (ASI) iznimno učinkovit u svojoj primjeni, ali unatoč tome ovaj instrument još uvijek nije dobio priliku pronaći svoje mjesto u Hrvatskoj. Mišljenja sam kako bi implementacija ovog instrumenta mogla značajno doprinijeti unaprijeđenju znanosti i prakse kada je riječ o rastućem problemu ovisnosti u našoj državi. Sukladno tome, kao autor ovog rada, odlučila sam po prvi puta prevesti *Addiction Severity Index* (ASI) na hrvatski jezik i time učiniti prvi korak ka njegovoj implementaciji u Hrvatskoj. ASI je dosada preveden na ukupno sedamnaest svjetskih jezika, uključujući francuski, španjolski, japanski, ruski, nizozemski, poljski, portugalski i druge, a originalna verzija instrumenta na engleskom jeziku nalazi se u prilogu na kraju ovog rada.

Kada je riječ o samom iskustvu prijevoda, može se primjetiti kako je ovaj instrument grafički prilično zahtjevan, stoga je i proces prijevoda bio izazovan. Većinu čestica prevela sam bez većih teškoća, međutim postojali su određeni pojmovi oko kojih sam se dvoumila. Većina njih odnosila se na one dijelove instrumenta u kojima se govori o vrstama tretmanskih intervencija koje se primjenjuju u radu s ovisnicima. Originalna verzija ovog instrumenta nastala je u SAD-u, stoga su navedene one intervencije koje postoje i koje se primjenjuju u radu s osobama ovisnima o psihoaktivnim tvarima na američkom području. Neke od tih intervencija u Hrvatskoj uopće ne postoje, dok kod drugih postoje manje ili veće razlike u odnosu na intervencije koje se provode kod nas, a kojima su najviše slične. Sve to mi je u određenoj mjeri otežavalo prijevod pa sam se u rješavanju tog problema vodila idejom da navedene intervencije prilagodim hrvatskom

kontekstu, navodeći one intervencije koje postoje kod nas, a da one istovremeno ne odstupaju previše od stranog, tj. američkog konteksta. Ovo mi je bilo važno kako bi se očuvala vjerodostojnost instrumenta. Osim navedenog, nisu postojale veće teškoće, međutim važno je uzeti u obzir kako je ovdje riječ o prvom prijevodu ovog instrumenta na hrvatski jezik, stoga je za očekivati da će u budućnosti biti potrebno učiniti dodatne provjere te testirati i revidirati prijevod prije prve službene implementacije.

Sukladno tome, u nastavku slijedi pilot verzija hrvatskog prijevoda instrumenta „*Addiction Severity Index (ASI-X)*“.

# ASI-X INTERVJU

## UPUTE:

- Nema ostavljanja praznih odgovora – umjesto toga, moguće je korištenje sljedećih opcija:  
X= Pitanje nije odgovoreno  
N=Pitanje nije primjenjivo
- Pitanja koja su pisana u **boldanom italics** formatu predstavljaju ključne čestice.
- Nakon svakog odjeljka postoji prostor predviđen dodatne komentare.

## ISPITIVAČEVA PROCJENA POTREBE ZA DODATNIM TRETMANOM:

Temeljem dobivenih bodova za svako ispitano područje, procjejuje se potreba za uključivanjem ispitanika u dodatni tretmanski rad. Skala se kreće od 0 (ne postoji potreba za tretmanom) do 9 (značajna potreba za tretmanom obzrom na iznimnu kompleksnost slučaja). Dobiveni bodovi se temelje na povijesti zlouporabe psihoaktivnim tvarima korisnika, trenutnom stanju te subjektivnoj procjeni njegovih kriminogenih potreba.

U slučaju dodatnih pitanja, preporuča se konzultiranje s dostupnim priručnikom.

ASI-X v 1.1, 1999-10-08, Öberg, D., Zingmark, D. & Sallmén, B. ASI-X je baziran na instrumentu pod nazivom "the Expanded Female Version of the Addiction Severity Index (ASI), The ASI-F" (Brown, E., Frank, D. i Friedman, A., 1997).

ASI-X je napravljen u suradnji s: "the Swedish council for crime prevention (BRÅ)", "the Department for Clinical Neuroscience u bolnici "Karolinska", "the Swedish Prison and Probation Administration (KVS)" i "National Board of Institutional care".

## SKALA SAMOPROCJENE

- 0=Ni malo  
1=Malo  
2=Umjereno  
3=Znatno  
4=Izuzetno

## SKALA SAMOPROCJENE I PROFIL OZBILJNOSTI

Težina problema							Profil ozbiljnosti					
4							9					
3							8					
2							7					
1							6					
0							5					
	Zdravlje	Rad/Fin.	Alkohol	Droga	Pravni pol.	Obitelji/prija	4					
							3					
							2					
							1					
							0					
4								Zdravlje	Rad/Financije	Alkohol	Droga	Pravni položaj
3												Obitelji/prijatelji
2												Ment. zdravlje
1												
0												
	Potreba za pomoći											

Ime: \_\_\_\_\_

AA. Identifikacijski broj: \_\_\_\_\_

AB. Oblik tretmanske intervencije: \_\_\_\_\_

- |  |                           |
|--|---------------------------|
| 0=Bez tretmana                                   | 7=Psihijatrijska ustanova |
| 1=Ambulantna detoksikacija                       | 8=Druga bolnica/ustanova  |
| 2=Komuna   | 9=Drugo                   |
| 3=Ambulantno liječenje supstitucijskom terapijom | 10=Ztvor/kaznionica       |
| 4=Dnevna bolnica                                 | 11=Probacija              |
| 5=Terapijska zajednica                           | 12=Pritvor                |

AC. Datum prijema: \_\_\_\_\_

AD. Datum intervjuja: \_\_\_\_\_

AE. Vrijeme početka: \_\_\_\_\_

AF. Vrijeme završetka: \_\_\_\_\_

AG. Vrsta: \_\_\_\_\_

- 1=Prvi put  
2=Follow/up

AH. Način kontaktiranja: 1=Uživo 2=Telefonom \_\_\_\_\_

AI. Spol: 1=M 2=Ž \_\_\_\_\_

AJ. Šifra ispitivača: \_\_\_\_\_

AK. Dodaci: \_\_\_\_\_

- 1=Ispitanik prekinuo  
2=Ispitanik odbio  
3=Ispitanik nije u mogućnosti dati odgovor

AL. Datum od kojeg se računa posljednjih 30 dana: \_\_\_\_\_

AO. KOMENTARI: \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### B. OPĆE INFORMACIJE

B1. Trenutno prebivalište:

1=Veliki grad (>100.000)

2=Srednji grad (10.000-100.000)

3=Manji grad/seosko nasilje (<10.000)

B2. Poštanski broj:

B3. Koliko dugo stanujete na navedenoj adresi?

B4. Je li nekretnina u kojoj stanujete u vlasništvu vasili vaše obitelji? 0=Ne 1=Da

B4a. Jeste li u posljednjih 30 dana bili beskućnik? 0=Ne 1=Da

B4b. Ako jeste, gdje ste tada boravili?

1=U skloništu

4=U zgradi

2=Kod prijatelja/ice

5=Na otvorenom

3=U autu

6=Drugo

B5. Dob:

B6. Državljanstvo:

B7. Država rođenja:

a Ispitanika

b Oca

c Majke

B8 Jeste li u posljednjih 30 dana bili u kontroliranom okruženju?

1=Ne

5=Psihijatrijskitretman

2=Zatvor

6=Samodetoksifikacija

3=Tretman za ovisnost

7=Drugo

4=Bolnički tretman

B9 Ako ste odabrali opcije 2-7 na pitanju B8, koliko je dana trajalo?

B10. Koliko puta ste bili trudni/učinili nekoga trudnim?

B11. Koliko puta je trudnoća rezultirala rođenjem djeteta?

B11b. S koliko različitih osoba imate djecu?

B12. Koliko ste imali godina pri rođenju prvog djeteta?

B13a. Navedite **datume rođenja** svoje djece počevši od najstarijeg djeteta. (kolumna 1)

B13b. Navedite djetetov spol (kolumna 2)

1=Dječak 2=Djevojčica N=Pitanje nije primjenjivo

B13c. Navedite gdje djeca trenutno stanuju? (kolumna 3)

1=S majkomi ocem

5=Posvojenje

2=U skrbništvu majke

6=U ustanovi (navedi kakvoj)

3=U skrbništvu oca

7=Preminuli (navedi kada)

4=U skrbništvu drugog čl.obitelji

8=Drugo

5=Udomiteljstvo

	1 Datum rođenja	2 Spol	3 Stanovanje
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

B14a. Stanuju li s vama trenutno druga djeca o kojoj se skrbite? 0=Ne 1=Da

B14b. Ako je odgovor na pitanje B14a DA, navedite spol:

B14c. Navedite dob:

a Spol b Dob

1

2

3

4

5

B15. KOMENTARI:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### C ZDRAVSTVENO STANJE

**C1.** Koliko ste puta u životu bili hospitalizirani zbog zdravstvenih problema?

(uključuje apstinencijsku krizu, predoziranje, ne uključuje detoksifikaciju)

**C2.** Kada ste posljednji puta bili hospitalizirani zbog zdravstvenih problema?

**C3.** Imate li kakvih kroničnih zdravstvenih problema koji utječu na vaš svakodnevni život?  
0=Ne 1=Da

C3a. Ako DA, kojih: \_\_\_\_\_

**C4.** Jeste li ikada imali neki od sljedećih zdravstvenih problema?

0=Ne 1=Da 2=Ne znam 3=Ne želim odgovoriti

a Hepatitis B

b Hepatitis C

c Spolne bolesti (ne uključujući HIV)

d Tuberkuloza

e Upalne bolesti zdjelice

f Epilepsija

**C5.** Jeste li se testirali na HIV?

0=Ne 1=Da 2=Ne znam 3=Ne želim odgovoriti

**C6.** Ako je odgovor na pitanje C5 DA, prije koliko je to mjeseci bilo?

**C7.** Ako je odgovor na pitanje C5 DA, kakav je bio rezultat testa?

0=HIV-negativan 1=HIV-pozitivan 2=Ne znam 3=Ne želim odgovoriti

**C7b.** Ako ste bili HIV-pozitivni, jeste li razvili AIDS?

0=Ne 1=Da 2=Ne znam 3=Ne želim odgovoriti

**C8.** Koristite li redovito lijekove propisane za neki problem fizičkog zdravlja? 0=Ne 1=Da

**C9.** Primete li mirovinu na temelju utvrđenog invaliditeta? (ne uključuje psihičkastanja) 0=Ne 1=Da

**C10.** Jeste li u posljednjih 6 mjeseci bili na pregledu kod liječnika? 0=Ne 1=Da

**C11.** Koliko ste dana imali zdravstvenih problema u posljednjih 30 dana?

Za pitanja C12 i C13 zamolite ispitanika da se koristi skalom samoprocjene

**C12.** Koliko su vas brinuli navedeni zdravstveni problem u posljednjih 30 dana?

**C13.** Koliko vam je trenutno važno riješiti navedene zdravstvene probleme?

**ISPITIVAČEVA PROCJENA POTREBE ZA DODATNIM TRETMANOM:**

**C14.** Kako biste ocijenili ispitanikovu potrebu za dodatnim tretmanom?

**PROCJENA VALJANOSTI DOBIVENIH INFORMACIJA:**

Jesu li ranije navedene informacije značajnije

iskrivljene uslijed:

**C15.** Ispitanikovog pogrešnog tumačenja? 0=Ne 1=Da

**C16.** Ispitanikovog nerazumijevanja? 0=Ne 1=Da

**C17.** KOMENTARI:



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**D POSAO/FINANCIJSKE PRILIKE:**

**D1.** Godine školskog obrazovanja:

**D2.** Visoko obrazovanje: (VSS/VŠS)

**D3.** Stečeno zvanje:  
a (specify)

---

**D4.** Imate li valjanu vozačku dozvolu?  
0=Ne 1=Da

**D5.** Koliko je trajalo vaše najdulje razbolje stalnog zaposlenja?

**D6.** Koliko ste najduže bili nezaposleni?

**D7.** Zadnje radno mjesto?  
(navedi)

---

**D7b.** Pomaže li vam netko s financijskom situacijom? 0=Ne 1=Da

**D7c.** Ako je odgovor DA, označite tko?  
1=Supružnik/partner                      5=Dijete  
2=Prijašnji supružnik/partner        6=Baka i/ili djed  
3=Roditelji/udomitelji                 7=Drugi član obitelji  
4=Brati/ili sestra                         8=Drugi

**D7d.** Ako je odgovor na pitanje D7b DA, je li ta osoba glavni izvor vaših prihoda?  
0=Ne 1=Da

**D8.** Uobičajeni obrazac rada u protekle tri godine?  
1=Stalno zaposlenje                      5=Vojska  
2=Pola radnog vremena                 6=Mirovina  
3=Pola radnog vremena  
(iregularni sati, dnevni rad)         7=Nezaposlen  
4=Student                                     8=U kontroliranom okruženju

**D9.** Koliko ste ukupno dana radili u posljednjih 30 dana? (ne uključuje ilegalne poslove)

**D9b.** Koliko ste dana koristili mogućnost bolovanja u posljednjih 30 dana?

**D10.** Kolika su vam bila primanja u posljednjih 30 dana?

Jeste li u posljednjih 30 dana primili podršku u obliku financijskih sredstava od jednog od niže navedenih izvora?

**D11.** Naknada za nezaposlene? 0=Ne 1=Da

**D12.** Socijalna pomoć? 0=Ne 1=Da

**D13.** Mirovina? 0=Ne 1=Da

**D14.** Od partnera, obitelji ili prijatelja? 0=Ne 1=Da  
(novac za osobne troškove)

**D15.** Nezakonitim radnjama? 0=Ne 1=Da

**D16.** Prostitucijom? 0=Ne 1=Da

**D17.** Iz drugih izvora? 0=Ne 1=Da

**D18.** Iz kojeg izvora dobivate najviše financijske podrške? (koristite kodove od 10-17)

**D19.** Imate li dugova? 0=Ne 1=Da

**D19a.** Ako je odgovor na pitanje D19 DA, navedite iznos:

**D20.** Koliko ljudi ovisi o vama, u smislu hrane, smještaja i slično?

**D21.** Koliko ste dana, u posljednjih 30 dana, iskusili probleme vezane uz zaposlenost/nezaposlenost?

Za pitanja D22 I D23 zamolite ispitanika da se koristi skalom samoprocjene

**D22.** Koliko su vas brinuli problemi vezani uz zaposlenje u posljednjih 30 dana?

**D23.** Koliko vam je trenutno važno savjetovati se s nekime oko navedenih problema vezanih uz zaposlenje?

**ISPITIVAČEVA PROCJENA POTREBE ZA DODATNIM TRETMANOM:**

**D24.** Kako biste ocijenili ispitanikovu potrebu za savjetovanjem vezano uz njegovo pitanje zaposlenja?

**PROCJENA VALJANOSTI DOBIVENIH INFORMACIJA:**

Jesu li ranije navedene informacije značajnije iskrivljene uslijed?

**D25.** Ispitanikovog pogrešnog tumačenja?  
0=Ne 1=Da

**D26.** Ispitanikovog nerazumijevanja?  
0=Ne 1=Da

**D27. KOMENTARI:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E KONZUMACIJA DROGA/ ALKOHOLA	Dob prve Godine Zadnjih Način uporabe korištenja 30 dana *			
<b>E1.</b> Alkohol	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E2.</b> Alkohol – zlouporaba	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E3.</b> Heroin	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E4.</b> Metadon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E5.</b> Drugi opijati/anelgetici	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E6.</b> Lijekovi na recept	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E7.</b> Kokain	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E8.</b> Amfetamini	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E9.</b> Kanabis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E10.</b> Halucinogeni	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E11.</b> Inhalanti	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E12.</b> Drugo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E13.</b> Više od jednog sredstva dnevno (čestice 2 do 12)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\*Način primjene:  
1=Oralno 2=Kroz nos 3=Pušenjem 4=Neintravenozno. 5=Intravenozno.  
6=Drugo

<b>E15f.</b> Spavate li većinu dana dulje od 11h ujutro? <input type="text"/>
0=Ne      1=Da, nevezano uz radonvrijeme 2=Da, zbog radnog vremena
<b>E16.</b> Vrste primljenih intervencija:
1 Akoholl 2 Droga
1 Ambulantna detoksikacija <input type="text"/> <input type="text"/>
2 Komuna <input type="text"/> <input type="text"/>
3 Ambulantno liječenje <input type="text"/> <input type="text"/>
supstitucijskom terapijom <input type="text"/> <input type="text"/>
4 Dnevna bolnica <input type="text"/> <input type="text"/>
5 Terapijska zajednica <input type="text"/> <input type="text"/>
6 Psihijatrijska bolnica <input type="text"/> <input type="text"/>
7 Druga bolnica/ustanova <input type="text"/> <input type="text"/>
8 Drugi oblik tretmana <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>E17.</b> Koliko ste najduže uspješno apstinirali od konzumacije kao rezultat pruženih intervencija? (u mjesecima) <input type="text"/>
a Alkohol <input type="text"/>
b Droga <input type="text"/>

<b>E14.</b> Jeste li ikada ubrizgavali? 0=Ne 1=Da <input type="text"/>
<b>E14a.</b> Ako je odgovor na pitanje E14 DA, navedite:
a Dob prvog ubrizgavanja: <input type="text"/>
b Koliko dugo. (ugodinama): <input type="text"/>
c U posljednjih 6 mjeseci (u mjesecima): <input type="text"/>
d U posljednjih 30 dana (u danima): <input type="text"/>
<b>14b.</b> Prilikom ubrizgavanja u posljednjih 6 mjeseci: <input type="text"/>
1=Nisam dijelio/la
2=Ponekad sam dijelio/la s drugima.
3= Često sam dijelio/la s drugima.
<b>E15.</b> Koliko ste puta:
a Bili u alkoholnoj apstinencijskoj krizi: <input type="text"/>
b Predozirali se drogama: <input type="text"/>
<b>E15c.</b> Konzumirate li cigarete? 0=Ne 1=Da <input type="text"/>
<b>E15d.</b> Ako da, koliko ste cigareta popušili u posljednjih 30 dana? <input type="text"/>
<b>E15e.</b> Koliko ste puta u posljednjih 30 dana ostali budni do kasno u noć zbog konzumacije alkohola ili droga? 0=Nijednom 1=Jednom 2=Dva puta 3=Tri puta 4=Četiri ili više puta <input type="text"/>

<b>E18.</b> Ovisnost o kojem sredstvu (E1-E13) predstavlja najveći problem? (konzultirati se s ispitanikom, ako je nejasno) <input type="text"/>
00=Ne postoji problem
15=Alkohol i droga (dualna ovisnost)
16=Ovisnost o više različitih droga <input type="text"/>
<b>E19.</b> Koliko je dugo (u mjesecima) trajao vaš zadnji period svojevoljne apstinencije, koji nije bio pod utjecajem primljenih intervencija? (00=nisam apstinirao/la) <input type="text"/>
<b>E20.</b> Prije koliko mjeseci ste prestali apstinirati? (00=još uvijek apstiniram) <input type="text"/>
<b>E21.</b> Koliko ste u zadnje vrijeme trošili na:
a Alkohol (iznos _____) <input type="text"/>
b Droge (iznos _____) <input type="text"/>
<b>E22.</b> Koliko dana ste u posljednjih 30 dana sudjelovali u nekom obliku ambulantnog liječenja vaše ovisnosti? (uključujući AA, NA...) <input type="text"/>
<b>E23.</b> Koliko dana ste u posljednjih 30 dana iskusili: <input type="text"/>
a Probleme zbog alkohola <input type="text"/>
b Probleme zbog droga <input type="text"/>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Za pitanja E24 i E25 zamolite ispitanika da se koristi skalom samoprocjene

E24. Koliko su vas u posljednjih 30 dana brinuli:

a Problemi s alkoholom

b Problemi s drogom

E25. Koliko vam je trenutno važno primiti pomoć kako biste riješili:

a Probleme s alkoholom

b Probleme s drogom

ISPITIVAČEVA PROCJENA POTREBE ZA DODATNIM TRETMANOM:

E26. Kako biste ocijenili ispitanikovu potrebu za tretmanom za?

a Probleme s alkoholom

b Probleme s drogom

PROCJENA VALJANOSTI DOBIVENIH INFORMACIJA:

Jesu li ranije navedene informacije značajnije

iskrivljene uslijed:

E27. Ispitanikovog pogrešnog tumačenja?  
0=Ne 1=Da

E28. Ispitanikovog nerazumijevanja?  
0=Ne 1=Da

E29. KOMENTARI:

## F PRAVNI STATUS

F1. Je li vaš boravak ovdje posljedica odluke kaznenopravnog sustava? (sudac, probacijski službenik...) 0=Ne 1=Da

F2. Jeste li na uvjetnom otpustu ili vam je izrečena neka alternativna sankcija?  
0=Ne 1=Da

Koliko ste puta tijekom života bili otpušeni za sljedeće? (ako nikada, odgovorite s 0)

**F3.** Posjedovanje i preprodaja droge?

**F4.** Imovinska kaznena djela?

**F5.** Nasilna kaznena djela?

**F6.** Druga kaznena djela?

**F7.** Koliko je tih optužbi rezultiralo osudom?

Koliko ste puta tijekom života bili optuženi za sljedeće? (ako nikada, odgovorite s 0)

F8. Ometanje javnog reda i mira, skitnja, opijanje na javnom mjestu?

F9. Prostitucija?

F10. Vožnja u pijanom stanju?

F11. Teži prometni prekršaji?

F12. Koliko ste mjeseci tijekom života bili u zatvoru? (ako nikada, odgovorite s 0)

F13. Ako je odgovor DA, koliko dugo ste bili zatvoreni posljednji put?

F14. Ako je odgovor DA, zbog čega? (koristite se česticama 03-06, 08-11, ako ih je više, navedite najozbiljniju optužbu)

**F15.** Iščekujete li trenutno optužbu, suđenje ili presudu? 0=Ne 1=Da

**F16.** Ako je odgovor DA, za što? (ako ih je više, navedite najozbiljniju optužbu)

F17. Koliko ste dana bili u pritvoru ili zatvoru u posljednjih 30 dana?

**F18.** Koliko ste dana u posljednjih 30 dana bili uključeni u neku ilegalnu aktivnost radi profita? (ako niste, odgovorite s 0)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Za pitanja F19 i F20 zamolite ispitanika da se koristi skalom samoprocjene.

F19. Koliko ozbiljnim smatrate vaše trenutne probleme sa zakonom?

F20. Koliko vam je trenutno važna pomoć kako biste riješili navedene probleme sa zakonom?

ISPITIVAČEVA PROCJENA POTREBE ZA DODATNIM TRETMANOM:

F21. Kako biste ocijenili ispitanikovu potrebu za primanjem pravne i drugih vrsta pomoći kako bi riješio svoje problem sa zakonom?

PROCJENA VALJANOSTI DOBIVENIH INFORMACIJA:  
Jesu li ranije navedene informacije značajnije iskrivljene uslijed:

: F22. Ispitanikovog pogrešnog tumačenja?  
0=Ne 1=Da

F23. Ispitanikovog nerazumijevanja?  
0=Ne 1=Da

F24 KOMENTARI:

**G OBITELJSKA POVIJEST: OVISNOST, KRIMINALITET I PROBLEMI MENTALNOG ZDRAVLJA**

Je li netko od članova vaše obitelji ikada iskazivao znakove problematične konzumacije alkohola i droga, probleme mentalnog zdravlja ili probleme sa zakonom – koji bi zahtijevali ili jesu uključivali pružanje neke intervencije?

	a Majčina strana 1-Alk 2-Droge 3-Psih 4-Krim				b Očeva strana 1-A 2-D 3-P 4-K				c Braća i sestre 1-A 2-D 3-P 4-K				d Djeca 1-A 2-D 3-P 4-C						
1 Baka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Baka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Brat #1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Dijete 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Djed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Djed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Brat #2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Dijete 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Majka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Otac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Sestra #1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Dijete 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Teta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Teta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Sestra #2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Dijete 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Ujak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Stric	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Polu-brat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Dijete 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Drugi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 Drugi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					6 Dijete 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**UPUTE:**

Ako su označene više od dvije kategorije, kodirajte brata ili sestru koji se čine najproblemاتیčnijima.

0=Ne za sve članove obitelji

1=Da za bilo kojeg člana obitelji

X=Nisam siguran/a ili ne znam

N=Nitko od navedenih

**G7. KOMENTARI:**

**COLUMNS:**

1=A=Problemi s alkoholom

2=D=Problemi s drogom

3=P=Problemi mentalnog zdravlja

4=C=Problemi sa

zakonom

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**H OBITELJSKI/PRIJATELJSKI ODNOSI**

H1. Bračni status:

- 1=U braku                      4=Rastavljen/a  
2=U ponovnom braku        5=Razveden/a  
3=Udovac/ica                6=Nikad nisam bio/laubruku

H2. Koliko ste dugo u takvom odnosu?

H3. Jeste li zadovoljni time?

- 0=Ne 1=Indiferentan/a 2=Da

H4. S kime stanujete? (u posljednje 3 godine)

- 1=S partnerom i djecom        6= S prijateljem  
2=S partnerom                    7=Sam/a  
3=S djecom                        8=Kontrolirano okruženje  
4=S roditeljima                  9=Bez stalnog mjesta  
5=S obitelji

H5. Koliko dugo tako živite?

H6. Jeste li time zadovoljni? 0=Ne

- 1=Indiferentan/a 2=Da

Stanujete li s nekim tko:

H6a. Trenutno ima problema s alkoholom?

- 0=Ne 1=Da

H6b. Konzumira psihoaktivna sredstva?

- 0=Ne 1=Da

H9b. Koliko se zbrinutim i voljenim smatrate od strane važnih ljudi u vašem životu?

- 0=Uopće ne                      2=Prilično  
1=Malo                            3=Jako

H9c. Smatrate li da vam je potrebno više emocionalne podrške, nego što dobivate?

- 0=Uopće ne                      2=Prilično  
1=Malo                            3=Jako

Jesu li postojala razdoblja u kojima ste imali začajne probleme u odnosu s:

- 0=Ne 1=Da

Zadnjih 30 dana    Kroz život

H10. Majka

H11. Otac

H12. Brat/sestra

H13. Supružnik/partner

H14. Djeca

H15. Drugi bliski čl. obitelji

H16. Bliski prijatelj

H17. Susjed

H18. Kolege

H7.S kime provodite najviše slobodnog vremena?

- 1= S obitelji, bez prisutstva trenutnih problema s alkoholom i drogom  
2=S obitelji, uz prisustvo trenutnim problemima s alkoholom i drogom  
3=S prijateljima, bez prisutstva trenutnih problema s alkoholom i drogom  
4=S prijateljima, s prisustvom trenutnim problemima s alkoholom i drogom  
5=Sam

H8. Jeste li time zadovoljni? 0=Ne

- 1=Indiferentan/a sam 2=Da

H9. Koliko bliskih prijatelja imate?

UPUTE ZA H9a + H10-H18:

0=ne za svaku ponuđenu kategoriju

2=da za svaku ponuđenu kategoriju

X=nisam siguran/na ili "ne znam"

N=Nitko od navedenih

H9a. Smatrate li da ste imali bliske i duge odnose s nekim od navedenih osoba iz vašeg života?

1 Majka

2 Otac

3 Brat i/ili sestra

4 Supružnik

5 Djeca

6 Prijatelji

Je li vas itko od tih ljudi (H10-H18) ili netko drugi (poznanici/stranci) zlostavljao?

- 0=Ne 1=Da

1 Zadnjih 30 dana život    2 Kroz život

H18a. Emocionalno?

H18b. Fizički?

H18c. Seksualno?

H18d. Seksualno uznemiravao?

H19. Koliko dana ste u posljednjih 30 dana bili u ozbiljnom konfliktu s:

a Članovima obitelji?

b Drugim ljudima?



Za pitanja H20 - H23 zamolite ispitanika da se koristi skalom samoprocjene

Koliko su vas u posljednjih 30 dana brinuli:

H20. Obiteljski problemi?

H21. Problemi s drugim osobama?

Koliko vam je sada važno primiti pomoć kako biste riješili navedene:

H22. Obiteljske

probleme?

H23. Probleme s drugim

osobama?

ISPITIVAČEVA PROCJENE POTREBE ZA DODATNIM TRETMANOM:

H24. Kako biste ocijenili ispitanikovu potrebu za dobivanjem pomoći za rješavanje navedenih problema?

PROCJENA VALJANOSTI DOBIVENIH INFORMACIJA:

Jesu li ranije navedene informacije značajnije iskrivljene uslijed:

H25. Ispitanikovog pogrešnog tumačenja? 0=Ne 1=Da

H26. Ispitanikovog nerazumijevanja? 0=Ne 1=Da

KOMENTARI:

### i MENTALNO ZDRAVLJE

i1. Koliko ste puta bili liječeni zbog problema s mentalnim zdravljem

a Bolnički?

b Ambulantno?

i2. Primete li mirovinu na temelju utvrđenih problema mentalnog zdravlja? 0=Ne 1=Da

Jeste li imali razdoblje u kojem ste: (pitanja i3-i6+i8 odnose se na razdoblja koja nisu bila direktni rezultat problema ovisnosti) 1 Past 2 In

i3. Iskusili teške depresivne simptome?

i4. Iskusili teške simptome anksioznosti?

i5. Iskusili poteškoće s pamćenjem i razumijevanjem?

i6. Iskusili halucinacije?

i7. Poteškoće s kontrolom agresivnog ponašanja?

i8. Koristili propisane lijekove za probleme mentalnog zdravlja?

1 Past 2 In  
30 days your life

i9. Razmišljali o suicidu?

i10. Pokušali suicid?

i10a. Koliko ste puta

pokušali suicid?

i10b. Borili se s poremećajima prehrane?

Koliko su vas u posljednjih 30 dana brinula vaša prijašnja iskustva, uključujući:

0=Uopće ne 2=Prilično  
1=Malo 3=Jako

i10c. Emocionalno nasilje?

i10d. Fizičko nasilje?

i10e. Seksualno nasilje? (neuključujući silovanje i seks. uznemiravanje)

i10f. Silovanje?

i10g. Seksualno uznemiravanje?



i11. Koliko dana ste u posljednjih 30 dana iskusili navedene problem mentalnog zdravlja?

Za pitanja i12 i i13 zamolite ispitanika da se koristi skalom samoprocjene.

i12. Koliko su vas brinuli vaši problemi mentalnog zdravlja u posljednjih 30 dana?

i13. Koliko vam je trenutno važnapomoć prilikom rješavanja tih problema?

Ostatak čestica ispunjava ispitivač:

Tijekom intervjua, ispitanik je: 0=Ne1=Da

i14. Vidljivo depresivan/povučen?

i15. U vidljivom otporu?

i16. Vidljivo nervozan/anksiozan?

Tijekom intervjua, pacijent: 0=Ne 1=Da

i17. Iskazuje paranoidne misli/ideje?

i18. Iskazuje probleme s pamćenjem, koncentracijom i razumijevanjem?

i19. Iskazuje suicidalne misli?

ISPITIVAČEVA PROCJENE POTREBE ZA DODATNIM TRETMANOM:

i20. Kako biste ocijenili ispitanikovu potrebu za primanjem psihijatrijske pomoći?

PROCJENA VALJANOSTI DOBIVENIH INFORMACIJA:

Jesu li ranije navedene informacije značajnije

iskrivljene uslijed:

i21. Ispitanikovog pogrešnog tumačenja? 0=Ne 1=Da

i22. Ispitanikovog nerazumijevanja? 0=Ne 1=Da



--

i23. KOMENTARI:

--

--

VRIJEME ZAVRŠETKA INTERVJUA:

S	M

## 9. ZAKLJUČAK

Rehabilitacija počinitelja kaznenih djela podrazumijeva njihov povratak nekriminalnom stilu života, tj. stilu života koji je u skladu sa zakonom. Ona je rezultat bilo koje planirane intervencije, čiji je cilj smanjenje buduće kriminalne aktivnosti prijestupnika, koja se postiže promjenama u ličnosti, stavovima, vrijednostima ili ponašanju (Sechrest, White i Brown, 1979). Kaznenopravni sustav ima odgovornost osigurati uspješnu reintegraciju pojedinca u zajednicu po završetku izdržavanja zatvorske kazne, a kao najbolji pokazatelj uspješnosti rehabilitacije počinitelja ističe se recidivizam. U tom smislu, važno je istaknuti ovisnike o psihoaktivnim tvarima, o kojima je ujedno i riječ u ovom radu, a koji zauzimaju posebno mjesto u kaznenopravnom sustavu. Riječ je o populaciji koja je, u tretmanskome, ali i svakom drugom smislu veoma izazovna, a njezina izazovnost proizlazi iz kompleksnog odnosa zlouporabe droga i kriminaliteta, kao teme brojnih svjetskih istraživanja koja govore u prilog bliske veze ova dva pojma.

Na temelju svega izloženog u radu, može se zaključiti kako ovisnici predstavljaju posebno rizičnu skupinu kada je riječ o recidivizmu. Sva navedena istraživanja i predstavljene teorijske spoznaje zlouporabu psihoaktivnih tvari ističu kao jedan od ključnih kriminogenih čimbenika koji pridonose činjenju kaznenih djela. Također je važno napomenuti kako se smatra da ovisnici imaju veću vjerojatnost počinjenja kaznenih djela u odnosu na ostatak populacije, stoga ne iznenađuje da kontinuirano iskazuju i veće stope recidivizma. Sve navedeno izrazito je zabrinjavajuće, ako se u obzir uzme činjenica da ovisnici čine iznimno veliki udio zatvoreničke populacije u pravosudnim sustavima diljem svijeta. U Hrvatskoj je taj broj nešto manji, ali je istovremeno porastao opseg djelovanja probacijske službe u posljednjih nekoliko godina, što govori u prilog prisutnosti ovog problema i kod nas. Ono što je također važno napomenuti jest odnos mentalnog zdravlja i recidivizma, obzirom da se prisutnost psihičkih poremećaja pokazala kao značajan prediktor recidivizma, a upravo su ovisnici ti koji, u odnosu na opću populaciju, češće iskazuju komorbiditetne psihičke poremećaje.

Iz svega navedenog, može se zaključiti kako recidivizam ovisnika predstavlja značajan problem, kako za njih same, tako i za cjelokupni kaznenopravni sustav te društvo u cjelini. Sukladno navedenom, važno je raditi na rješavanju tog problema, a

prvi korak jest provođenje učinkovite procjene počinitelja. Procjena počinitelja kaznenih djela od svojih je početaka doživjela brojne transformacije pa se danas može govoriti o sustavu iznimne kvalitete, koji zagovara primjenu standardiziranih, objektivnih i valjanih instrumenata procjene koji su transparentni te su kao takvi podvrgnuti rigoroznim znanstvenim provjerama. Unatoč tome, stručnjaci se prilikom procjene ovisnika i dalje susreću s određenim poteškoćama, koje su posljedica izrazite heterogenosti ove populacije. To podrazumijeva nepostojanje utvrđenih specifičnih rizika i kriminogenih potreba, koji se smatraju karakterističnima za počinitelje ovisne o psihoaktivnim tvarima, kao što je to slučaj s drugim skupinama počinitelja. Ovo u velikoj mjeri otežava procjenu te dovodi u pitanje adekvatnost cjelokupnog procesa te odluka koje se donose. Međutim, zahvaljujući značajnom doprinosu znanosti i prakse, danas se može govoriti o nekolicini iznimno kvalitetnih instrumenata procjene, namijenjenih isključivo ovisnicima, koji imaju široku primjenu diljem svijeta te su se kao takvi pokazali iznimno učinkovitim. Jedan od njih je „*Addiction Severity Index*“, koji se smatra jednim od prvih univerzalno prihvaćenih te dokazano učinkovitih instrumenata za procjenu ovisnika o psihoaktivnim tvarima. Uzimajući u obzir njegovu učinkovitost, važno je istaknuti kako se implementacija „*Addiction Severity Index (ASI)*“ instrumenta u Hrvatskoj prepoznaje kao novi mogući iskorak u unaprijeđenju rehabilitacije ovisnika o psihoaktivnim tvarima u hrvatskom penalnom sustavu, a pilot verzija njegova prijevoda na hrvatski jezik dostupna u ovom radu predstavlja prvi korak ka tome.

Tretman počinitelja kaznenih djela ima ključnu ulogu u smanjenju recidivizma, a kada je riječ o ovisnicima, može se govoriti o širokom spektru različitih intervencija. Pregledom dosadašnjih znanstvenih spoznaja, može se zaključiti kako se u radu s ovisnicima najučinkovitijim pokazala kombinacija psihosocijalnih intervencija i farmakološke terapije. Od iznimne je važnosti da se intervencije temelje na modelu kriminogenih rizika i potreba, koji predstavlja najrasprostranjeniji pristup u kreiranju tretmanskih programa u okviru penalnog sustava, a čija vrijednost proizlazi iz njegovih znanstvenih temelja i dokazane učinkovitosti. Kada je riječ o psihosocijalnim intervencijama, naglašava se važnost primjene intervencija koje su utemeljene na principima socijalnog učenja i kognitivno-bihevioralne terapije, dok se u kontekstu farmakološke terapije, govori o važnosti opioidne supstitucijske terapije.

Govoreći o tretmanu, važno je spomenuti još dva čimbenika koja su se pokazala

značajnima kada je riječ o recidivizmu. Jedan od njih je počiniteljevo sudjelovanje u tretmanu, tj. njegovo dovršavanje započetog tretmanskog programa. Naime, analizirajući dostupnu literaturu, može se zaključiti kako pojedinci koji odustanu od sudjelovanja u programima tretmana u koje su uključeni iskazuju više stope recidivizma. Sukladno navedenom, od iznimne je važnosti raditi na motiviranju počinitelja za sudjelovanje u predloženim programima, što se pokazalo posebno izazovnim kada je riječ o ovisnicima. Drugi čimbenik koji utječe na recidivizam ovisnika jest postojanje, tj. nepostojanje poslijepenalne komponente tretmanskog programa. U tom smislu, može se zaključiti kako manje recidiviraju oni pojedinci koji po izlasku na slobodu nastavljaju sudjelovati u nekom obliku tretmana.

Sagledavajući dostupnu literaturu o ovisnicima u kaznenopravnom sustavu te kritički promišljajući o navedenoj temi, može se zaključiti kako u teorijskom smislu postoje mnogobrojna izazito kvalitetna rješenja kojima bi se moglo utjecati na problem recidivizma ove populacije. Međutim, stječe se dojam kako u velikoj mjeri izostaje konkretna praktična primjena tih rješenja. Ovo je posebno aktualno kada je riječ o Hrvatskoj, gdje se kao najveći problem ističe nepostojanje adekvatnih poslijepenalnih rješenja za populaciju ovisnika o psihoaktivnim tvarima. Riječ je o populaciji koja je iznimno ranjiva i koja je povratkom u zajednicu izložena brojnim izazovima i rizicima koji, uslijed nepostojanja sustava podrške, mogu dovesti do povratka ovisničkom i kriminalnom stilu života. U tom smislu, važno je osvijestiti kako pitanje poslijepenalnog prihvata nije i ne može biti odgovornost samo kaznenopravnog sustava. Resocijalizacija i reintegracija počinitelja ovisnih o drogama odgovornost je cijelog društva, a prvi korak u tome je senzibilizacija i podizanje svijesti s ciljem manje stigmatizacije ove populacije.

Uzimajući sve navedeno u obzir, može se zaključiti kako je sustav procjene i tretmana ovisnika o drogama značajno napredovao, kako u svijetu, tako i kod nas. Međutim, kao i kod svega drugoga u životu, uvijek postoji prostor za daljnji napredak i usavršavanje. U tom smislu, važno je nastaviti s unaprijeđenjem ovog sustava, što podrazumijeva ulaganje u edukaciju stručnjaka, kreiranje novih te unaprijeđenje postojećih instrumenata procjene, unaprijeđenje tretmanskog programa te preuzimanje kolektivne odgovornosti za rješavanje ovog problema na razini cijelog društva.

## 10. LITERATURA

1. Andrews, D.A., Bonta, J. (2007). *Risk-Need-Responsivity Model of Offender Assessment and Rehabilitation*. Ottawa: Public Safety Canada
2. Andrews, D.A., Dowden, C. (2006). Risk Principle of Case Classification in Correctional Treatment: A Meta-Analytic Investigation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50(1), 88-100.
3. Austin, J. (2004). The Proper and Improper Use of Risk Assessment in Corrections. *Federal Sentencing Reporter*, 16(3), 194-199.
4. Austin, J. (2006). How Much Risk Can We Take? The Misuse of Risk Assessment in Corrections. *Federal Probation: A Journal of Correctional Philosophy and Practice*, 70(2), 58-63.
5. Bennett, T., Holloway, K. (2005). The Association Between Multiple Drug Misuse and Crime. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49(1), 63-81.
6. Bennett, T., Holloway, K., Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 13(2), 107- 118.
7. Berg, M.T., Huebner, B.M. (2011). Examining the Sources of Variation in Risk for Recidivism. *Justice Quarterly*, 28(1), 146-173.
8. Bonta, J. (2002). Offender Risk Assessment: Guidelines for Selection and Use. *Criminal Justice and Behavior*, 29(4), 355-379.
9. Bonta, J., Law, M.A., Hanson, R.K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123(1), 123-142.
10. Bonta, J., Wormith, S.J. (2006). The Recent Past and Near Future of Risk and/or Need Assessment. *Crime Delinquency*, 52(1), 7-27.
11. Bonta, J., Wormith, S.J. (2008). Risk and Need Assessment. U: McIvor, G., Raynor, P. (ur.): *Developments in Social Work with Offenders*. (str. 131-152). London: Jessica Kingsley Publishers.
12. Bonta, J., Wormith, S.J. (2013). Applying the Risk-Need-Responsivity Principles to Offender Assessment. U: Craig, A.L., Dixon, L., Gannon, T.A. (ur.): *What Works in Offender Rehabilitation: An Evidence-Based Approach to*

- Assessment and Treatment*. (str. 71-94). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
13. Breedvelt, J.F.J., Dean, L.V., Jones, G.Y., Cole, C., Moyes, C.A.H. (2016). Predicting recidivism for offenders in UK substance dependence treatment: do mental health symptoms matter?. *Journal of Criminal Psychology*, 4(2), 102-115.
  14. Brodey, B.B., Brodey, I., Rosen, C., Gastfriend, D.R. (2004). Validation of the Addiction Severity Index (ASI) for Internet and automated telephone self-report administration. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(4), 253-259.
  15. Bubić, J. (2006). Terapijske zajednice u penalnim ustanovama. *Kriminologija & socijalna integracija*, 14(1), 33-50.
  16. Butorac, K., Gracin, D., Stanić, N. (2017). The Challenges in Reducing Criminal Recidivism. *Public Security and Public Order*, 18(1), 115-131.
  17. Cacciola, J.S., Alterman, A.I., McLellan, A.T., Lin, Y.T., Lynch, K.G. (2007). Initial evidence of for the reliability and validity of a „Lite“ version of the Addiction Severity Index. *Drug and Alcohol Dependence*, 87(2-3), 297-302.
  18. Casey, S., Day, A. (2019). Prison Substance Misuse Interventions and Offending. U: Polaschek, D.L.L., Day, A., Hollin, C.R. (ur.): *The Wiley International Handbook of Correctional Psychology*. (str. 558-573). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
  19. Casey, S., Day, A., Vess, J., Ward, T. (2013). *Foundations of Offender Rehabilitation*. London: Routledge.
  20. Day, A. (2019). Psychological Assessment in the Correctional Setting. U: Polaschek, D.L.L., Day, A., Hollin, C.R. (ur.): *The Wiley International Handbook of Correctional Psychology*. (str. 488-499). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
  21. De Andrade, D., Ritchie, J., Rowlands, M., Mann, E., Hides, L. (2018). Substance use and recidivism outcomes for prison-based drug and alcohol interventions. *Epidemiologic reviews*, 40(1), 121-133.
  22. Doležal, D., Jandrić, A. (2002). Institucionalni penološki programi s ovisnicima o ilegalnim drogama. *Kriminologija & socijalna integracija*, 10(2), 105-117.
  23. Dowden, C., Brown, S.L. (2002). The role of substance abuse factors in predicting recidivism: A meta-analysis. *Psychology, Crime & Law*, 8(3), 243-264.

24. Gendreau, P., Goggin, C., French, S., Smith, P. (2006). Practicing psychology in correctional setting: „What works“ in reducing criminal behavior?. U: Hess, A.K., Weiner, I.B. (ur.): *The Handbook of Forensic Psychology, 3rd edition.* (str. 722-750). New York: John Wiley & Sons, Inc.
25. Gendreau, P., Little, T., Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works!. *Criminology*, 34(1), 575-607.
26. Goldstein, P.J. (1985). The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework. *Journal of Drug Issues*, 15(4), 493-506.
27. Gottfredson, M.R., Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime.* Redwood City, California: Stanford University Press.
28. Grissom, G.R., Bragg, A. (1991). Addiction Severity Index: Experience in the Field. *The International Journal of the Addictions*, 26(1), 55-64.
29. Hamilton, M. (2015). Risk-Needs Assessment: Constitutional and Ethical Challenges. *The American Criminal Law Review*, 52(2), 231-291.
30. Hepburn, J.R. (2005). Recidivism Among Drug Offenders Following Exposure to Treatment. *Criminal Justice Policy Review*, 16(2), 237-259.
31. Hoge, R.D. (2002). Standardized instruments for assessing risk and need in youthful offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 29 (4), 380-396.
32. Izvješće o stanju i radu kaznionica, zatvora i odgojnih zavoda za 2018. godinu (2020). Zagreb: Vlada Republike Hrvatske.
33. Jaffe, A., Du, J., Huang, D., Hser, Y. (2012). Drug-abusing offenders with comorbid mental disorders: Problem severity, treatment participation, and recidivism. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(1), 244-250.
34. Kemshall, H. (2002). *Risk assessment and management of serious violent and sexual offenders: A Review of current issues.* Edinburgh: Scottish Executive Social Research.
35. Kopak, A.M., Dean, L.V., Procto, S.L., Millerm, L., Hoffmann, N.G. (2015). Effectiveness of the Rehabilitation for Addicted Prisoners Trust (RAPt) programme. *Journal of Substance Use*, 20(1), 254-261.
36. Kouri, M.E., Pope Jr., H.G., Powell, K.F., Oliva, P.S. (1997). Drug Use History and Criminal Behavior among 133 Incarcerated Men. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23(3), 413-419.
37. Latessa, E.J., Lovins, B. (2010). The Role of Offender Risk Assessment: A Policy Maker Guide. *Victims & Offenders: An International Journal of*

- Evidence-based Research, Policy, and Practice*, 5(3), 203-219.
38. Lowenkamp, C.T., Latessa, E.J. (2005). Increasing the effectiveness of correctional programming through the risk principle: identifying offenders for residential placement. *Criminology and Public Policy*, 4(1), 263-289.
  39. Ljungvall, H., Persson, A., Åsenlöf, P., Heiling, M., Ekselius, L. (2019). Reliability of the Addiction Severity Index self-report form (ASI-SR): a self-administered questionnaire based on the Addiction Severity Index composite score domains. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(1), 9-15.
  40. Maloić, S., Mažar, A. (2014). Pristupi i tehnike rada s ovisnicima u probaciji. *Kriminologija i socijalna integracija*, 22(1), 211-239.
  41. Matheson, F.I., Doherty, S., Grant, B.A. (2009). *Women Offender Substance Abuse Programming & Community Reintegration*. Correctional Service of Canada, Ottawa.
  42. Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J., Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane database of systematic reviews* 3.
  43. McKean, L., Ransford, C. (2004). *Current Strategies in Reducing Recidivism*. Chicago: Center for Impact Research.
  44. McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H.L., O'Brien, C.P. (1985). New data from the Addiction Severity Index: reliability and validity in three centers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(7), 412-423.
  45. McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., O'Brien, C.P. (1980). An Improved Diagnostic Evaluation Instrument for Substance Abuse Patients: the Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(1), 26-33.
  46. McMurrin, M. (2000). Offenders with Drink and Drug Problems. U: Hollin, C.R. (ur.): *Handbook of Offender Assessment and Treatment*. (str. 481-495). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
  47. McMurrin, M., Theodosi, E. (2007). Is offender treatment non-completion associated with increased reconviction over no treatment?. *Psychology, Crime & Law*, 13(1), 333-343.



48. Mitchell, O., Wilson, D.B., MacKenzie, D.L. (2012). The effectiveness of incarceration-based drug treatment on criminal behavior: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 8(1), i-76.
49. Nikolić, B., Koller-Trbović, N., Žižak, A. (2002). Metrijske karakteristike formulara za procjenu rizičnosti / potreba (FPRP). *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 38(1), 103-120.
50. Olver, M.E., Wong, S.C.P. (2019). Offender Risk and Need Assessment: Theory, Research, and Applications. U: Polaschek, D.L.L., Day, A., Hollin, C.R. (ur.): *The Wiley International Handbook of Correctional Psychology*. (str. 461-476). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
51. Padyab, M., Armelius, B. Å., Armelius, K., Nyström, S., Blom, B., Grönlund, A.S., Lundgren, L. (2018). Is clinical assessment of addiction severity of individuals with substance use disorder, using the Addiction Severity Index, a predictor of future inpatient mental health hospitalization? A nine year registry study. *Journal of Dual Diagnosis*, 14(3), 187-191.
52. PHMC Research and Evaluation Group. ASI Manual (Question by Question Guide). Preuzeto 13. siječnja 2021. s [https://www.phmcresearch.org/images\\_specific/PDFlinks/ASIQbyQGuide.pdf](https://www.phmcresearch.org/images_specific/PDFlinks/ASIQbyQGuide.pdf)
53. Ricijaš, N. (2006). Instrumenti procjene djece i adolescenata - mogućnosti primjene kod probacije za maloljetnike. *Ljetopis studijskog centra socijalnog rada*, 13 (2), 271- 295.
54. Saunders, B., Allsop, S., (1987). Relapse: A Psychological perspective. *British Journal of Addiction*, 82(4), 417-429.
55. Sechrest, L., White, S.Q., Brown, E.D. (1979). *The Rehabilitation of Criminal offenders: Problems and Prospects*. Washington, D.C.: National Academy of Sciences.
56. Stöver, H., Michels, I.I. (2010). Drug use and opioid substitution treatment for prisoners. *Harm Reduction Journal*, 7(1), 1-7.
57. Sung, H-E., Belenko, S. (2005). Failure After Success: Correlates of recidivism among subjects who successfully completed coerced drug abuse treatment. *Journal of Offender Rehabilitation*, 42(1), 75-97.

58. Weekes, J.R., Moser, A.E., Langevin, C.M. (1999). Assessing substance-abusing offenders for treatment. U: Latessa, E.J. (ur.): *Strategic Solutions: The International Community Correctional Association Examines Substance Abuse*. (str. 1-41). Lanham: American Correctional Association Press.
59. Weekes, J.R., Moser, A.E., Wheatley, M., Matheson, F.I. (2013). What Works in Reducing Substance-Related Offending. U: Craig, A.L., Dixon, L., Gannon, T.A. (ur.): *What Works in Offender Rehabilitation: An Evidence-Based Approach to Assessment and Treatment*. (str. 237-255). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
60. Wexler, H.K., Melnick, G., Cao, Y. (2004). Risk and prison substance abuse treatment outcomes: A replication and challenge. *The Prison Journal*, 84(1), 106- 120.
61. White, H., Gorman, D.M. (2000). Dynamics of the Drug-Crime Relationship. U: LaFrente, B. (ur.): *Crime and justice 2000, Vol. 1: The nature of crime: Continuity and change*. (str. 151-218). Washington, DC: National Institute of Justice, U.S. Department of Justice.
62. Zakon u suzbijanju zlouporabe droga. *Narodne novine*, 107/01, 87/02, 163/03, 141/04, 40/07, 148/09, 84/11.
63. Zinger, I. (2004). Actuarial Risk Assessment and Human Rights: A Commentary. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 46(5), 607-620.

## **11. PRILOZI**

*Prilog 1:* originalna verzija „Addiction Severity Index (ASI-X)“ instrumenta na engleskom jeziku.

# ASI-X INTERVIEW FORM

## INSTRUCTIONS

1. Leave no blanks – When appropriate code items:  
 X=Question not answered  
 N=Question not applicable  
 Use only one character per item
2. Questions in **bold italics>** are critical items.
3. Space is provided after sections for additional comments

## INTERVIEWER SEVERITY RATINGS

The ratings are estimations of the patient's need for additional treatment in each area. The scale ranges from 0 (no treatment necessary) through 9 (treatment needed to intervene in life-threatening situation). Each rating is based upon the patient's history of problem symptoms, present conditions and subjective assessment of treatment needs in a given area. For a detailed description of severity ratings derivation procedures and conventions, please consult the manual

ASI-X v 1.1, 1999-10-08, Öberg, D., Zingmark, D. & Sallmén, B.

ASI-X is based on "the Expanded Female Version of the Addiction Severity Index (ASI) instrument, The ASI-F" (Brown, E., Frank, D. & Friedman, A. 1997). ASI-X is adapted to comparability with the EuropASI (Blanken *et al.* 1994).

ASI-X has been developed with support from the Swedish council for crime prevention (BRÅ), the Department for Clinical Neuroscience at Karolinska Hospital, The Swedish Prison and Probation Administration (KVS) and the National Board of Institutional care (SiS).

## PATIENT'S RATING SCALE

- 0=Not at all
- 1=Slightly
- 2=Moderately
- 3=Considerably
- 4=Extremely

## PATIENT RATING AND SEVERITY PROFILES

Patient rating problem						Severity profile					
4						9					
3						8					
2						7					
1						6					
0						5					
	Medical	Employ./sup.	Alcohol	Drug	Legal	4					
					Family/social	3					
					Psycholog.	2					
4						1					
3						0					
2							Medical	Employ./sup.	Alcohol	Drug	Legal
1											Family/social
0											Psycholog.
Patient rating help											

Name: \_\_\_\_\_

AA. I.D. number:

AB. Type of treatment service:

- 0=No treatment
- 1=Outpatient detoxification
- 2=Detoxification residential
- 3=Outpatient substitution
- 4=Outpatient drug-free
- 5=Drug-free residential
- 6=Day care
- 7=Psychiatric hospital
- 8=Other hospital/ward
- 9=Other
- 10=Jail/Prison
- 11=Probation
- 12=Custody

AC. Date of admission:   
 YYYYMMDD

AD. Date of interview:   
 YYYYMMDD

AE. Time begun: (HH MM)

AF. Time ended: (HH MM)

AG. Class:   
 1=Intake  
 2=Follow/up (||No of assessment)

AH. Contact code: 1=In person 2=Phone

AI. Gender: 1=Male 2=Female

AJ. Interviewer code number:

AK. Special:   
 1=Patient terminated  
 2=Patient refused  
 3=Patient unable to respond

AL. Date from which last 30 days are counted:   
 YYYYMMDD

AM. Country code

AN. Unit code

AO. COMMENTS:

**B. GENERAL INFORMATION**

**B1. Current residence:**

1=Large city (>100.000)  
2=Medium (10.000-100.000)  
3=Small (rural) (<10.000)

**B2. City code:**

**B3. How long have you lived at this address?**

Y Y M M

**B4. Is this residence owned by you or your family?** 0=No 1=Yes

**B4a. Have you been homeless during the last 30 days?** 0=No 1=Yes

**B4b. If yes, where did you stay during these days?**

1=Shelter 2=Friends 3=Car/caravan 4=In a building 5=Outside 6=Other \_\_\_\_\_

**B5. Age:**

**B6. Nationality:**

**B7. Country of birth of:**

a Respondent

b Father

c Mother

**B8 Have you been in a controlled environment in the past 30 days?**

1=No 2=Jail 3=Alcohol or drug treatment 4=Medical treatment 5=Psychiatric treatment 6=Detoxification only 7=Other \_\_\_\_\_

**B9 If 2-7 on B8, how many days?**

**B10. How many times have you been/made someone pregnant?**

**B11. How many times has a pregnancy resulted in childbirth?**

**B11b. How many different persons have you had these children with?**

**B12. How old were you when the first baby was born?**

**B13a. Enter birth dates for your children in column 1 Starting with the oldest child (YYYYMMDD)**

**B13b. Note the children's sex in column 2**  
1=Boy 2=Girl N=Question not applicable

**B13c. Note where the children presently are living in column 3**

1=With mother and father 2=Mothers care 3=Fathers care 4=Care of family member 5=Foster care 6=Institution(type) \_\_\_\_\_ 7=Died (when) \_\_\_\_\_ 8=Other \_\_\_\_\_

	1 Date of birth	2 Sex	3 Living
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**B14a. Are there other children living with you now that you take care of?** 0=No 1=Yes

**B14b. If yes on B14a, note sex:** 1=Male 2=Female

**B14c. If yes on B14a, note age:**

	a Sex	b Age
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**B15. COMMENTS:**

**C MEDICAL STATUS**

**C1.** How many times in your life have you been hospitalized for medical problems?   
 (include o.d.'s, d.t.'s, exclude detoxification)

**C2.** How long ago was your last hospitalization for medical problems?   
 Y Y M M

**C3.** Do you have any chronic medical problems which continue to interfere with your life?   
 0=No 1=Yes

**C3a.** If Yes, specify: \_\_\_\_\_

**C4.** Have you ever had any of the following health problems?  
 0=No 1=Yes 2=Don't know 3=Refuses to answer

- a Hepatitis B
- b Hepatitis C
- c Venereal diseases (excluding HIV)
- d Tuberculosis
- e Pelvic Inflammatory Disease
- f Fits or seizures

**C5.** Have you been tested for HIV?   
 0=No 1=Yes 2=Don't know 3=Refuses to answer

**C6.** If yes on C5, how many months ago?

**C7.** If yes on C5, what was the last test result?   
 0=HIV-negative 1=HIV-positive 2=Don't know 3=Refuses to answer

**C7b.** If HIV-positive (C7, alternative 1), have you developed AIDS?   
 0=No 1=Yes 2=Don't know 3=Refuses to answer

**C8.** Are you taking any prescribed medication on a regular basis for a physical problem?   
 0=No 1=Yes

**C9.** Do you receive a pension for a medical disability? (exclude psychiatric disability)   
 0=No 1=Yes

**C10.** Have you been treated for medical problems by a physician during the past 6 months?   
 0=No 1=Yes

**C11.** How many days have you experienced medical problems in the past 30 days?

FOR QUESTIONS C12 & C13 PLEASE ASK PATIENT TO USE THE PATIENT'S RATING SCALE

**C12.** How troubled or bothered have you been by these medical problems in the past 30 days?

**C13.** How important to you now is treatment for these medical problems?

**INTERVIEWER SEVERITY RATING**

**C14.** How would you rate the patient's need for medical treatment?

**CONFIDENCE RATING**

Is the above information significantly distorted by:

**C15.** Patient's misrepresentation?   
 0=No 1=Yes

**C16.** Patient's inability to understand?   
 0=No 1=Yes

**C17. COMMENTS:**

**D EMPLOYMENT/SUPPORT STATUS**

**D1.** Years of school education: (Years)

**D2.** Years of higher education: (University/technical)

**D3.** Highest degree of education obtained:  
a (specify) \_\_\_\_\_

**D4.** Do you have a valid driver's license?  
0=No 1=Yes

**D5.** How long was your longest period of regular employment?  
(see manual for definition)  Y Y  M M

**D6.** How long was your longest period of unemployment  Y Y  M M

**D7.** Usual (or last) occupation?  
a (specify in detail) \_\_\_\_\_

**D7b.** Does any person contribute to your support?  
0=No 1=Yes

**D7c.** If yes on 7b, who is this person?  
1=Spouse/partner                      5=Child  
2=Earlier spouse/partner            6=Grandparents  
3=Parents/foster parents            7=Other relative  
4=Sibling                                8=Other \_\_\_\_\_

**D7d** If yes on 7b, is this person your main source of support 0=No 1=Yes

**D8.** Usual employment pattern in the past 3 years?

1=Full time                                5=Military services  
2=Part-time (reg. hrs)                6=Retired/disability  
3=Part-time (irregular, day work) 7=Unemployed (incl. housewife)  
4=Student                                8=In controlled environment

**D9.** How many days have you been working during the past 30 days?  
(exclude dealing/prostitution or other illegal)

**D9b.** How many days have you been sick-listed during the past 30 days?

**D10** How much money did you receive from employment in the past 30 days? (after tax)

Did you receive money for your support from the following sources during the past 30 days?

**D11.** Unemployment compensation? 0=No 1=Yes

**D12.** Public assistance or welfare? 0=No 1=Yes

**D13.** Pension, benefits, or social security? 0=No 1=Yes

**D14.** Mate, family or friends? 0=No 1=Yes (money for personal expenses)

**D15.** Illegal? 0=No 1=Yes

**D16.** Prostitution? 0=No 1=Yes

**D17.** Other sources? 0=No 1=Yes

**D18.** Which is the major source of your support? (use code 10-17)

**D19.** Do you have any debts? 0=No 1=Yes

**D19a.** If yes on D19, amount

**D20.** How many people depend on you for the majority of their food, shelter, etc?

**D21.** How many days have you experienced employment/unemployment problems in the past 30?

FOR QUESTIONS D22 & D23 PLEASE ASK PATIENT TO USE THE PATIENT'S RATING SCALE

**D22.** How troubled or bothered have you been by these employment problems in the past 30 days?

**D23.** How important to you now is counselling for these employment problems?

INTERVIEWER SEVERITY RATING

**D24.** How would you rate the patient's need for employment counselling?

CONFIDENCE RATING

Is the above information significantly distorted by:

**D25.** Patient's misrepresentation? 0=No 1=Yes

**D26.** Patient's inability to understand? 0=No 1=Yes

**D27.** COMMENTS:

E DRUG/ALCOHOL USE	1Age first use	2Lifetime Yrs.	3Past 30 days	4Rt of adm*
<b>E1.</b> Alcohol – any use	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E2.</b> Alcohol – over threshold	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E3.</b> Heroin	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E4.</b> Methadone/LAAM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E5.</b> Other opiates/analgesics	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E6.</b> Medicine/pills (see manual)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E7.</b> Cocaine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E8.</b> Amphetamines	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E9.</b> Cannabis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E10.</b> Hallucinogens	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E11.</b> Inhalants	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E12.</b> Other	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E13.</b> More than one substance per day (items 2 to 12)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Note: See manual for representative examples for each drug class  
 \*Route of administration:  
 1=Oral 2=Nasal 3=Smoking 4=Non IV inj. 5=IV inj. 6=Other

**E14.** Have you ever injected? 0=No 1=Yes

**E14a.** (if yes on E14, concerns any injections)

a Age 1st injection. (YY)

b Lifetime. (number of years)

c Injection past 6 months. (number of months)

d Last 30 days. (number of days)

**14b.** If injections past 6 months:  
 1=Not sharing 2=Sometimes sharing with other 3=Often sharing with other

**E15.** How many times had you:

a Had alcohol d.t.'s:

b Overdosed on drugs:

**E15c.** Do you smoke cigarettes? 0=No 1=Yes

**E15d.** If yes, about how many cigarettes did you smoke during the past 30 days?

**E15e.** How many times during the past 30 days did you stay up past 4 a.m. because you were using drugs or alcohol?  
 0=None 1=Once 2=Twice 3=Three times 4=Four or more times

**E15f.** Do you sleep until after 11 a.m. most days?   
 0=No 1=Yes, not related to working hours 2=Yes, related to working hours

**E16.** Type of services and times received treatment:

	1 Alcohol	2 Drugs
1 Outpatient detoxification	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 Detoxification residential	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 Outpatient substitution	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 Outpatient drug-free	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5 Drug-free residential	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6 Day care	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7 Psychiatric hospital	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8 Other hospital/ward	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9 Other treatment	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**E17.** How many months lasted the longest period that you have been abstinent/clean as the result of these treatments?

a Alcohol

b Drugs

**E18.** Which substance is the major problem?   
 Please code as above (1-13) or, see below.  
 When not clear, ask patient.  
 00=No problem 15=Alcohol & Drug (dual addiction) 16=Polydrug

**E19.** How long was your last period of (months) voluntary abstinence from this major substance not as consequence of treatment? (00=never abstinent)

**E20.** How many months ago did this abstinence end? (00=still abstinent)

**E21.** How much would you say you spent during the past days on:

a Alcohol (amount \_\_\_\_\_)

b Drugs (amount \_\_\_\_\_)

**E22.** How many days of the past 30 have you received outpatient treatment? (include AA, NA, etc.)

**E23.** How many days in the past 30 have you experienced:

a Alcohol problems

b Drug problems



FOR QUESTIONS E24 & E25 PLEASE ASK PATIENT TO USE THE PATIENT'S RATING SCALE

E24. How troubled or bothered have you been in the past 30 days by these:

a Alcohol problems

b Drug problems

E25. How important to you now is treatment for these:

a Alcohol problems

b Drug problems

INTERVIEWER SEVERITY RATING

E26. How would you rate the patient's need for treatment for:

a Alcohol problems

b Drug problems

CONFIDENCE RATING

Is the above information significantly distorted by:

E27. Patient's misrepresentation?

0=No 1=Yes

E28. Patient's inability to understand?

0=No 1=Yes

E29. COMMENTS:

**F LEGAL STATUS**

F1. Was this admission prompted or suggested by the criminal justice system? (judge, probation/parole officer, etc.) 0=No 1=Yes

F2. Are you on probation or parole? 0=No 1=Yes

How many times in your life have you been charged for the following: (if never, code 0)

F3. Possession and dealing of drugs?

F4. Crimes against property? (burglary, larceny, shoplifting, fraud, forgery, extortion, receiving)

F5. Crimes of violence? (robbery, assault, arson, rape, homicide, manslaughter)

F6. Other crimes?

F7. How many of these charges (F3-F6) resulted in convictions?

How many times in your life have you been charged with the following: (if never, code 0)

F8. Disorderly conduct, vagrancy, public intoxication?

F9. Prostitution?

F10. Driving while intoxicated?

F11. Major driving violations? (reckless driving, speeding, no license, etc.)

F12. How many months were you incarcerated in your life? (If never, code 0)

Mos.

F13. If yes on F12, how long was your last incarceration?

Mos.

F14. If yes on F12, What was it for? (Use code 03-06, 08-11. If multiple charges, code most severe)

F15. Are you presently awaiting charges, trial or sentence? 0=No 1=Yes

F16. If yes on F15, what for? (if multiple charges, code most severe)

F17. How many days in the past 30 were you detained or incarcerated?

F18. How many days in the past 30 have you engaged in illegal activities for profit? (if never, code 0)

FOR QUESTIONS F19 & F20 PLEASE ASK PATIENT TO USE THE PATIENT'S RATING SCALE

F19. How serious do you feel your present legal problems are? (exclude civil problems)

F20. How important to you now is counselling or referral for these legal problems?

INTERVIEWER SEVERITY RATING

F21. How would you rate the patient's need for legal services or counselling?

CONFIDENCE RATING

Is the above information significantly distorted by:

F22. Patient's misrepresentation?   
0=No 1=Yes

F23. Patient's inability to understand?   
0=No 1=Yes

F24 COMMENTS:

**G FAMILY HISTORY: ADDICTION, CRIMINALITY AND PSYCHIATRIC PROBLEMS**

Have any of your relatives had what you would call a significant drinking, drug use, psychiatric or criminal problem – one that did or should led to treatment?

	a Mother's side 1-Alc 2-Drug 3-Psy 4-Crim				b Father's side 1-A 2-D 3-P 4-C				c Siblings 1-A 2-D 3-P 4-C				d Children 1-A 2-D 3-P 4-C						
1 Gr.mother	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Gr.mother	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Brother 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Child 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Gr.father	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Gr.father	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Brother 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Child 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Mother	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Father	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Sister 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Child 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Aunt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Aunt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Sister 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Child 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Uncle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Uncle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Step sibl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Child 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Imp.others	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 Imp.others	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						6 Child 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**DIRECTIONS:**

Code most problematic sibling in cases of more than two per category.  
0=Clearly no for all relatives in the category  
1=Clearly yes for any relative within the category  
X=Uncertain or "I don't know"  
N=There never was a relative from that category

**COLUMNS:**

1=A=Alcohol problems  
2=D=Drug problems  
3=P=Psychiatric problems  
4=C=Criminal problems

**G7. COMMENTS:**

**H FAMILY/SOCIAL RELATIONSHIPS**

**H1. Martial status:**   
 1=Married 4=Separated  
 2=Remarried 5=Divorced  
 3=Widowed 6=Never married:

**H2. How long have you been in this martial status?** (if never married, since 18) Y Y M M

**H3. Are you satisfied with this situation?**   
 0=No 1=Indifferent 2=Yes

**H4. Usual living arrangements?** (past 3 years)   
 1=With sexual partner and children 6=With friends  
 2=With sexual partner alone 7=Alone  
 3=With children alone 8=Controlled environment  
 4=With parents 9=No stable arrangements  
 5=With family

**H5. How long have you lived in these arrangements?** (if with parents or family since age 18)    
 Y Y M M

**H6. Are you satisfied with these living arrangements?** 0=No 1=Indifferent 2=Yes

Do you live with anyone who:

**H6a. Has a current alcohol problem?** 0=No 1=Yes

**H6b. Uses psychoactive drugs?** 0=No 1=Yes

**H7. With whom do you spend most of your free time?**   
 1=Family, without current alcohol or drug problems  
 2=Family, with current alcohol or drug problems  
 3=Friends, without current alcohol or drug problems  
 4=Friends, with current alcohol or drug problems  
 5=Alone

**H8. Are you satisfied with spending your free time this way?** 0=No 1=Indifferent 2=Yes

**H9. How many close friends do you have?**

DIRECTION FOR H9a + H10-H 18:  
 0=Clearly no for all in the category  
 1=Clearly yes for any within the category  
 X=Uncertain or "I don't know"  
 N=There never was a relative from that category

**H9a. Would you say you have had close, long lasting, personal relationships, with any of the following people in your life?**

1 Mother	<input type="checkbox"/>
2 Father	<input type="checkbox"/>
3 Sibling	<input type="checkbox"/>
4 Sexual partner/spouse	<input type="checkbox"/>
5 Children	<input type="checkbox"/>
6 Friends	<input type="checkbox"/>

**H9b. How much do you feel cared about, liked or loved by the significant people i your life?**   
 (such as family members, friends, and so on)  
 0=Not at all 2=Somewhat  
 1=A little 3=A lot

**H9c. To what degree do you feel you need more emotional support?**   
 0=Not at all 2=Somewhat  
 1=A little 3=A lot

Have you had significant periods in which you have experienced serious problems getting along with:  
 0=No 1=Yes

	1 Past 30 days	2 In your life
<b>H10. Mother</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H11. Father</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H12. Siblings</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H13. Sexual partner/spouse</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H14. Children</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H15. Other close relative</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H16. Close friends</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H17. Neighbors</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H18. Co-workers</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Did any of these people (H10-H18) or any others (stranger/acquaintances) abuse you:  
 0=No 1=Yes

	1 Past 30 days your life	2 In your life
<b>H18a. Emotionally?</b> (make you feel bad through harsh words) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H18b. Physically?</b> (cause you physical harm) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H18c. Sexually?</b> (rape, forced sexual advances or non-consensual sexual acts) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H18d. Sexual harassment?</b> (inappropriate physical contact, stalking, using threats to secure sexual contact, etc.) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**H19. How many days of the past 30 have you had serious conflicts:**

**a With your family?** (days)

**b With other people?** (days) (excluding family)

FOR QUESTIONS H20 - H23 PLEASE ASK PATIENT TO USE THE CLIENT'S RATING SCALE

How troubled or bothered have you been in the past 30 days by these:

H20. Family problems?

H21. Social problems?

How important now is treatment or counselling for these:

H22. Family problems?

H23. Social problems?

INTERVIEWER SEVERITY RATING

H24. How would you rate the patient's need for family and/or social counselling?

CONFIDENCE RATING

Is the above information significantly distorted by:

H25. Patient's misrepresentation?

0=No 1=Yes

H26. Patient's inability to understand?

0=No 1=Yes

COMMENTS:

**i PSYCHIATRIC STATUS**

**i1.** How many times have you been treated for any psychological or emotional problems:

**a** As inpatient?

**b** As outpatient?

**i2.** Do you receive a pension for a psychiatric disability? 0=No 1=Yes

Have you had a significant period, in which you have: (Questions i3-i6+i8 concerns period that was **1 Past 2 In 30 days your life** not a direct result of drug or alcohol use) (see manual for definitions) 0=No 1=Yes

**i3.** Experienced serious depression?

**i4.** Experienced serious anxiety or tension?

**i5.** Experienced trouble understanding, concentrating, or remembering?

**i6.** Experienced hallucinations?

**i7.** Experienced trouble controlling violent behaviour?

**i8.** Been prescribed medication for any psychological/emotional problem?

1 Past 2 In  
30 days your life

**i9.** Experienced serious thoughts of suicide?

**i10.** Attempted suicide?

**i10a.** How many times have you attempted suicide?

**i10b.** Experienced anorexia, bulimia or other eating disorders?

In the past 30, to what degree were you bothered by past experiences involving:

0=Not at all 2=Somewhat  
1=A little 3=A lot

**i10c.** Emotional abuse?

**i10d.** Physical abuse?

**i10e.** Sexual abuse? (excluding rape and harassment)

**i10f.** Rape?

**i10g.** Sexual harassment?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

i11. How many days of the past 30 have you experienced these psychological/emotional problems?

FOR QUESTIONS i12 & i13 PLEASE ASK PATIENT TO USE THE PATIENT'S RATING SCALE

i12. How much have you been troubled or bothered by these psychological or emotional problems in the past 30 days?

i13. How important to you now is treatment for these psychological problems?   
\_\_\_\_\_

THE FOLLOWING ITEMS ARE TO BE COMPLETED BY THE INTERVIEWER

At the time of the interview, is patient: 0=No 1=Yes

i14. Obviously depressed/withdrawn?

i15. Obviously hostile?

i16. Obviously anxious/nervous?

At the time of the interview, is patient: 0=No 1=Yes

i17. Having trouble with reality testing, thought disorders, paranoid thinking?

i18. Having trouble comprehending, concentrating, remembering?

i19. Having suicidal thoughts?   
\_\_\_\_\_

INTERVIEWER SEVERITY RATING

i20. How would you rate the patient's need for psychiatric/psychological treatment?

CONFIDENCE RATING

Is the above information significantly distorted by:

i21. Patient's misrepresentation?   
0=No 1=Yes

i22. Patient's inability to understand?   
0=No 1=Yes

i23. COMMENTS:

\_\_\_\_\_  
INTERVIEW COMPLETED:

--	--	--	--

H H M M