

# A BŰNELKÖVETŐK REHABILITÁCIÓJÁNAK MEGHATÁROZÓ IRÁNYZATAI A NEMZETKÖZI SZAKIRODALOM TÜKRÉBEN



SZABÓ Judit

Országos Kriminológiai Intézet

judit.szabo@okri.hu

## ÖSSZEFOGLALÓ

Tanulmányom célja a bűnelkövetők rehabilitációjával foglalkozó legjelentősebb megközelítések bemutatása. Az áttekintés alapjául a nemzetközi – elsősorban az angolszász – szakirodalom szolgál annak okán, hogy igen csekély e terület magyar szakirodalma, és a hazai rehabilitációs célú tevékenység is messze elmarad a külföldi gyakorlattól. Ennek oka, hogy a hazai büntetés-végrehajtás céljai között viszonylag kevésbé hangsúlyos a bűnismétlés megelőzése, és ezért a harmadlagos megelőzés pszichológiai eszközeinek alkalmazása sem bevett gyakorlat. A harmadlagos prevenció körében a hazai és a nemzetközi szakirodalomban is gyakran egymás szinonimájaként használják a kezelés, a rehabilitáció, a reintegráció és a reszocializáció fogalmait, pedig nincs teljes átfedés utóbbiak jelentéstartományá között, és a definíciók terén sincs konszenzus. Terjedelmi korlátok miatt nem áll módomban áttekintést nyújtani a fenti terminusok jelentésével és egymáshoz való viszonyával kapcsolatos különböző álláspontokról, csupán tanulmányom fogalomhasználatát tisztázom. Általában véve elfogadom a hagyományos hazai felfogást (pl. Popper, 1970), amely szerint a reszocializáció a rehabilitáció és a reintegráció folyamataiból áll. Előbbi az elkövető testi, lelki és szellemi állapotát hivatott javítani a bűnismétlés esélyének csökkentése érdekében, és a büntetés-végrehajtás során zajlik, míg utóbbi túlmutat a zárt intézmény keretein, és a volt elkövető társadalomba történő visszailleszkedését célozza. A rehabilitáció folyamata magában foglalja azokat a célzott kezelési programokat és egyéb – a testi, lelki és szociális integritást biztosítani szándékolt – beavatkozásokat, amelyek például az attitűdök, az értékek és egyéb pszichológiai tényezők befolyásolása révén csökkentik a bűnismétlés valószínűségét, és amelyek ezáltal hozzájárulnak a későbbi sikeres reintegrációhoz. Fontosnak tartom hangsúlyozni, hogy a kezelés fogalmának használata, illetve a bűnismétlés pszichológiai tényezőire és az azokat célzó vizsgálati és terápiás modellekre történő összpontosítás korántsem jelenti részemről a bűnözés és a rehabilitáció medikális modelljének propagálását. A kezelés fogalma alatt pusztán a rehabilitációs célokat szolgáló programok, beavatkozások alkalmazását értem, és semmiképp sem azt, hogy a bűnelkövetés egy klinikai értelemben vett patológiás jelenség volna.

## BEVEZETÉS

A bűnelkövetők rehabilitációjának eszméje 19. századi kialakulása óta hosszú fejlődésen ment keresztül (Robinson és Crow, 2009). A bűnelkövetők rehabilitálása illetve társadalomba történő visszavezetése régóta egyik célja a szabadságvesztés büntetésének, ám az erre irányuló kezelési módszerek hatékonyságát sokáig parázs viták övezték. A *treatment* paradigma az 1950-es és 1960-as évekre tehető virágkorát követően válságba került, és csak az utóbbi néhány évtized törekvéseiben kapott új erőre. E folyamat során a rehabilitáció fogalma, jelentéstartalma és gyakorlata sok változáson ment keresztül, és a kutatási eredmények gyarapodásával új elméletek és paradigmák jelentek meg a palettán. Mivel a hazai büntetés-végrehajtásban – ahogy arra korábban már utaltam – sajnos nem beszélhetünk a bűnismétlés megelőzését illetve a bűnelkövetők rehabilitációját szolgáló strukturált és egységes gyakorlatról (Borbíró és Szabó, 2011), cikkemben azokat a legnépszerűbb rehabilitációs megközelítéseket vázolom fel, amelyek a világ számos országában – különösen az angolszász területeken – keretet nyújtanak a büntetés-végrehajtási intézetekben folytatott harmadlagos prevenciók törekvéseknek. A legismertebb RNR modell mellett az elmúlt pár évtizedben kibontakozó új irányokat is bemutatom, és röviden kitérek a különböző megközelítések integrálásának lehetőségeire is.

### *A RISK-NEED-RESPONSIVITY* MODELL

A bűnelkövetők kezelésének legismertebb és legszélesebb körben alkalmazott elmélete az ún. RNR (*Risk-Need-Responsivity/Kockázat-Szükséglet-Reszponzivitás*) modell (Blanchette és Brown, 2006; Ward et al., 2007), amelynek első változata 1990-ben született meg Andrews, Bonta és Hoge (1990) jóvoltából. A személyiséglélektani és kognitív tanuláselméleti keretbe ágyazott elmélet a megalkotása óta eltelt évek során számos új elemmel bővült, és a bűnelkövetők kezelésének legbefolyásosabb modelljévé nőtte ki magát (Andrews és Bonta, 2010). Mindez a szilárd elméleti háttérnek, a gyakorlati munkát elősegítő nagyfokú pragmatizmusnak és nem utolsósorban a hatékonysága mellett szóló kutatási eredményeknek köszönhető (Bonta és Andrews, 2010). Az elmélet lényege, hogy a bűnelkövetők kezelését a bűnismétlés valószínűségét növelő kockázati tényezők, az ún. kriminogén szükségletek és az egyén fogékonyságának, válaszkészségének felmérésével kell kezdeni, illetve ennek eredményeire kell alapozni.

Az RNR modell magvát a később ismertetett három központi elv: a kockázat, szükséglet és rezponzivitás elvei képezik. Az utóbbi évtizedek fejlesztései hatására a modell alaposan kibővült. Jelenlegi formájában 17 alapelvet tartalmaz, amelyek az általános elméleti háttértől kezdve a felmérés és az arra épülő beavatkozás valamennyi lényeges aspektusát érintik. Az alábbiakban az RNR modell struktúráját meghatározó alapelveket tekintjük át Bonta és Andrews (2010) nyomán:

### **A modellen átívelő alapelvek**

1. Tisztelet: A programot etikus, jogszerű, igazságos, erkölcsös, humánus, tisztességes, szakszerű, költséghatékony és az előírásoknak megfelelő módon kell kivitelezni.
2. Pszichológiai elméleti alapok: A programot szilárd empirikus alapokon álló pszichológiai elméletre kell alapozni (ajánlott a személyiség- és kognitív társas tanulásméleti megközelítés)
3. Humánus alkalmazás: Ne alapozzunk az elrettentésre, a helyreállításra vagy más igazságszolgáltatási alapelvre.
4. A bűnmegelőzés elősegítése: A kriminális viktimizáció csökkentése az igazságszolgáltatáson belül és kívül működő szolgáltató szervezeteknek egyaránt célja.

### **Kockázat-szükséglet-reszponzivitás**

5. Kockázat: A rehabilitációs beavatkozás intenzitását a személyek kockázati szintjéhez kell igazítani. Közepes és magas kockázatú személyekkel kell dolgozni. Az alacsony rizikójú személyeket távol kell tartani a magas kockázatúaktól.
6. Szükséglet: Elsősorban a kriminogén szükségleteket kell megcélolni. Mind elméleti, mind empirikus szempontból a központi 8 szükséglet képezi a beavatkozás fő célpontját.
7. Kiterjedtség/multimodalitás: A magas kockázatú eseteknél egyidejűleg több kriminogén szükséglet is terápiás célpont.
8. Általános reszponzivitás: A társas tanulásméleti és kognitív viselkedéses stratégiák alkalmazását propagálja.
9. Specifikus reszponzivitás: A beavatkozás modalitását, stratégiáját és stílusát a bűnelkövető egyéni tanulási stílusához, motivációihoz, változás iránti készségéhez és a folyamat aktuális szakaszához, képességeihez, erősségeihez, személyiségéhez és demográfiai jellemzőihez (nem, életkor, etnikum) kell igazítani.
10. Erősségek: A specifikus reszponzivitás megjósolhatóságának és tartományának növelése érdekében fel kell mérni az erősségeket.
11. Szakmai mérlegelés: Bizonyos tényezők indokolhatják az RNR alapelveitől való eltérést (pl. ha az elemzésből az derül ki, hogy az adott személy esetében a személyes aggodalom, szorongás kockázati tényező).

### **Strukturált vizsgálat**

12. Az erősségek és a kockázati, szükségleti és sajátos reszponzivitási tényezők felmérése: Strukturált és valid mérőeszközök alkalmazását írja elő.
13. Felmérésre alapozott beavatkozás (integráció): Minden tervezett beavatkozásnak a felmérés eredményein kell alapulnia.

### **A program kivitelezése**

14. Adagolás: A magas kockázatú esetekkel is foglalkozni kell, és a programból történő kiesés minimalizálására kell törekedni.
15. Alapvető szakmai kompetenciák: A beavatkozások hatékonyságát növeli, ha magas szintű kapcsolati és strukturációs készségekkel rendelkező szakemberek alkalmazzák azokat. A minőségi kapcsolat tiszteleten, gondoskodáson, lelkesedéssel, együttműködésen és a személyes

autonómia tiszteletben tartásán alapul. A strukturációs készségek közé tartozik pl. a proszociális modellnyújtás, a hatékony pozitív és negatív megerősítés, a készségfejlesztés, a problémamegoldás, a tekintély hatékony alkalmazása, a képviselet/közvetítés, a kognitív újrastrukturálás és a motivációs interjúzás.

### Szervezeti vonatkozások

16. Közösségi szolgáltatás: A közösségi alapú beavatkozás preferált, de intézeti környezetben történő alkalmazás esetén is érvényesek az RNR alapelvei.

17. Menedzsment: A személyi állománynak (szakembereknek) az RNR alapján történő kiválasztását, képzését és klinikai szupervízióját, továbbá ellenőrző, visszajelző és szabályozási rendszerek létrehozását írja elő. A hatékony gyakorlatot és a kezelés folytonosságát elősegítő rendszerek és kultúrák kialakítását propagálja.

Terjedelmi okok miatt a továbbiakban csak azokat az alapelveket tekintjük át, amelyek ismerete elengedhetetlen az RNR modell megértéséhez. Ezek egyike a *bűnözői viselkedés etiológiájára* vonatkozó feltevéseket magában foglaló elv, amelynek értelmében az RNR modell az ún. GPCSL (Általános személyiség és kognitív szociális tanulásméleti) perspektívában gyökerezik (Andrews és Bonta, 2010; Ogloff és Davis, 2004). Az általános személyiségpszichológiai komponens az antiszociális személyiségmintázat leírásához szükséges, amely nem egyezik meg sem az antiszociális személyiségzavar diagnosztikai kategóriájával, sem pedig a pszichopátiával. Ez egy jóval átfogóbb, általánosabb fogalom, amely magában foglalja a korábbi normasértésekre és egyéb antiszociális magatartásokra vonatkozó élettörténeti adatokat, valamint a bűnelkövetés szempontjából lényegesnek tartott személyiségfaktorokat. Az elmélet kognitív aspektusa mind a tudatos, mind a nem tudatos önszabályozás szerepével foglalkozik a bűnözést támogató attitűdök, értékek és gondolatok kialakulásában. A modell társas tanulásméleti komponense a tanulás kriminalitásban játszott szerepére világít rá, amely különböző társas közegekben – család, barátok, iskola, munka és szabadidő – zajlik. A GPCSL tehát egyrészt predispozíciónak, másrészt olyan tanulási folyamatnak tulajdonítja a kriminális viselkedés kialakulását, amelyet az egyén elvárásai és a viselkedésének következményei befolyásolnak. Azok a viselkedésformák, amelyeket jutalom követ, vagy amelyekkel kapcsolatban az egyén kedvező kimenetelre számít, újra megismétlődnek, míg a büntetést eredményező vagy az egyén elvárásai szerint azzal fenyegető magatartások többnyire elmaradnak (Andrews és Dowden, 2007). A bűnözés előnyeinek és a proszociális viselkedés hátrányainak halmozódása a kriminális viselkedés irányába billentheti a mérleget. A kriminális cselekmény közvetlen oka tehát a bűnelkövető olyan helyzetértelmezése, amelyben a bűncselekmény által elérhető előnyök felülírják annak hátrányait. A helyzetértelmezést az befolyásolja, hogy az adott helyzetben mekkora a kísértés a bűnelkövetésre, milyen akadályai vannak utóbbinak, milyen érzelmileg releváns tényezők vannak jelen, és rendelkezésre állnak-e a kriminális viselkedéséhez hasonló előnyökkel kecsegtető alternatív lehetőségek (Rettinger és Andrews, 2010). A helyzetértelmezést és a viselkedést befolyásoló önszabályozást elsősorban a négy fő kockázati tényező: az *antiszociális kogníciók*, az *antiszociális kapcsolatok*, a *korábbi antiszociális magatartás* és az *antiszociális személyiségjellemzők* határozzák meg. Utóbbiak – különösen a bűnöző kortársak jelenléte és a kriminalitást támogató attitűdök – tehát mint a kri-

minális viselkedés közvetlen kiváltó tényezői szerepelnek az elméletben, míg a többi kockázati tényező közvetett módon befolyásolja a bűnelkövetést. A kockázati tényezőket illetve kriminogén szükségleteket a modell központi alapelveinek bemutatása kapcsán ismertetem a továbbiakban.

Az RNR modell központi elvei közül az első a *kockázati elv*, amely szerint a bűnelkövetők kezelésére irányuló beavatkozások mértéke és intenzitása az egyén társadalomra veszélyessége függvényében határozható meg (White és Graham, 2010). Az alapelv értelmében a bűnismétlés valószínűsége – tehát a kockázat mértéke – megfelelő módszerek alkalmazásával felbecsülhető. A visszaesés szempontjából legveszélyeztetettebb bűnelkövetők esetében kerül sor a legmagasabb intenzitású beavatkozások alkalmazására, míg az alacsony rizikójú esetek csak minimális rehabilitációs ellátásban részesülnek, mert számukra nemcsak szükségtelen, de akár káros is lehet az intenzív kezelés (Bonta et al., 2000; Bonta és Andrews, 2010). Az alacsony kockázati csoportba sorolt elkövetők általában nem reagálnak jól az intenzív kezelésre, és esetükben a rehabilitációs programban való részvétel nélkül is alacsony a bűnismétlés valószínűsége.

A kockázati tényezők körében a modell megkülönböztet statikus és dinamikus rizikófaktorokat (Andrews és Bonta, 2010). A *statikus rizikófaktorok* – ilyen például bűnözői karrier, a tartós kapcsolatok hiánya, és az általános kriminalitás – jól alkalmazhatók a hosszú távú kockázat becslésére, de természetüknél fogva nem használhatók a kockázat időbeli változásainak jóslására (Craig et al., 2008). A *dinamikus kockázati tényezők* – például a szerhasználat, a proszociális és kriminális attitűdök, a motiváció szintje és a hangulat – ezzel szemben alakíthatók, így ezek befolyásolásának lehetséges módjai képezik a preventív célú beavatkozások alapját. A *stabil dinamikus tényezők* az egyén olyan többé-kevésbé állandó jellemzői, amelyek csak hosszú idő alatt változnak, ilyen pl. a felelősségtudat vagy a kognitív torzítások (Andrews és Bonta, 2010). Az *akut dinamikus faktorok* ezzel szemben helyzetről-helyzetre változó tényezők, amelyek megléte növeli a bűnelkövetés kockázatát. Ilyen például a szerhasználat, a negatív érzelmi állapotok vagy az „áldozatkereső” magatartás.

A második központi jelentőségű alapelv, a *szükségleti elv* arra a feltevésre épül, hogy a bűnelkövetők kezelésének leghatékonyabb módja a dinamikus rizikótényezők befolyásolása (White és Graham, 2010). Különbséget tesz kriminogén és nem kriminogén tényezők között, melyek közül előbbiek közvetlen kapcsolatban állnak a kriminális viselkedéssel, míg utóbbiak olyan egyéni vagy környezeti tényezők, amelyek változásai nem feltétlen gyakorolnak befolyást a bűnözés valószínűségére. Nem kriminogén szükségletek például a mentális zavarok vagy az alacsony önértékelés, amelyek nem mutatnak egyértelmű kapcsolatot a bűnözéssel. Ezzel szemben a lényegében véve dinamikus kockázati tényezőknek számító kriminogén szükségletek – úgy mint a pro-kriminális attitűdök, a szerhasználat és a munkanélküliség – specifikusak a bűnelkövetés szempontjából, ezért ezek képezik a visszaesést csökkenteni kívánó beavatkozások elsődleges célpontját (Farrow és Wilkinson, 2007). A kriminogén szükségletek megváltoztatása tehát közvetlenül befolyásolhatja a kriminális viselkedést, pl. a bűnelkövetést támogató attitűdök proszociális irányba történő módosulása csökkenti a bűnismétlés kockázatát. A kriminogén szükségletek képeznek hidat az általános célok és az adott eset specifikus tényezői között, közvetítve a konkrét kezelés során zajló változások és a bűnismétlés

valószínűségének módosulása között. A modellben külön elvként szerepel, hogy a magas kockázatú bűnelkövetők – mivel több kriminogén szükséglettel rendelkeznek –, szélesebb körű rehabilitációs szolgáltatásokat igényelnek, mint a kevésbé kockázatos esetek (Bonta és Andrews, 2010). A kriminogén szükségletekkel szemben a nem kriminogén szükségletek kezelése önmagában nem alkalmas eszköze a harmadlagos prevenciónak, sőt, akár a kívánatossal ellentétes hatást is eredményezhet a beavatkozás (Andrews és Bonta, 2010). Bonta és Andrews (2010) például arról számolnak be, hogy a nem-kriminogén szükségletekre alapozott kezelési programok esetében a visszaesési ráta enyhe (kb. 1%-os) emelkedése tapasztalható, Wormith (1984) pedig arra mutat rá, hogy például az önértékelés növelése a bűnelkövetést támogató attitűdök befolyásolása nélkül a korábrinál magabiztosabb bűnözőt eredményezhet.

A fentiek szemléltetése céljából az *1. táblázat*ban áttekintjük az RNR modell nyolc központi kockázati/szükségleti tényezőjét, valamint néhány további, nem kriminogén szükségletet (Andrews et al., 2006).

A kockázat és a szükséglet mellett az RNR modell harmadik meghatározó alapelve, a *reszponzivitás* a terápia egyénre szabása szempontjából bír döntő jelentőséggel (Andrews és Bonta, 2010; White és Graham, 2010). Egy általános és egy specifikus komponensre bontható. Az *általános reszponzivitás* elve a terápiás modalitás és a bűnelkövetők tanulási képességei közötti kapcsolatra vonatkozik. E szerint a leghatékonyabb rehabilitációs stratégiát a kognitív társas tanuláseméleti perspektívába ágyazott viselkedéses és kognitív viselkedéses terápiás módszerek szolgáltatják. Mindez nem jelenti azt, hogy a terápiás kapcsolat ne volna fontos eleme a kezelésnek, csupán annyit, hogy a kognitív viselkedéses elemek elengedhetetlenül fontosak a hatékony korrekciós gyakorlathoz. A *specifikus reszponzivitás* értelmében a korrekciós beavatkozásokat az egyén bizonyos jellemzőihez – például tanulási és interperszonális képességeihez, motivációs szintjéhez, személyiségéhez és bioszociális jellemzőihez (életkor, nem, rassz) – kell igazítani. Tisztában kell lenni azzal, hogy mely beavatkozási formák eredményesek általában véve a bűnelkövetők, illetve azok meghatározott csoportjai esetében. Ennek érdekében szükség van a fogékonyságot befolyásoló pszichológiai jellemzők (pl. intelligencia, szorongás), szocio-ökónómiai változók (pl. kultúra, szegénység) és biológiai tényezők (nem, rassz) ismeretére. Az RNR modell külön alapelvben hívja fel a figyelmet az erősségeknek, tehát az egyén képességeinek és egyéb kompetenciáinak fontosságára a specifikus reszponzivitás felmérése és növelése szempontjából. A terápia tehát nemcsak a kockázatok és szükségletek értékelésén alapul, hanem a bűnelkövetők erősségeire is épít.

Az RNR modell szerint a terápia a dinamikus kockázati tényezők illetve kriminogén szükségletek módosítására illetve eliminálására irányul (Ward és Maruna, 2007). A kriminogén szükségletek tehát ebben a vonatkozásban terápiás szükségleteket is jelentenek, amelyekre a kezelés irányul a bűnismétlés kockázatának csökkentése érdekében. A terápiás terv a kockázati, szükségleti és reszponzivitási tényezők felmérésének eredményein alapul. A felmérés pszichológiai mérőeszközök segítségével történik (ld. pl. White és Graham, 2010), amelyek között egyebek mellett hatékonyság, megbízhatóság és az alkalmazásukhoz szükséges képzettség tekintetében számottevő különbségek vannak. A leggyakrabban alkalmazott, stabil empirikus alapokkal rendelkező teszt az Andrews és Bonta (2010) által kidolgozott Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI), amely a kockázati, szükségleti és reszponzivitási tényezők egészen széles körét foglalja magában.

1. táblázat. Kockázati/szükségleti tényezők az RNR modell szerint

Faktor	Indikátorok/kockázat	Beavatkozás céljai/szükségletek
<i>Fontosabb tényezők (kriminogén szükségletek)</i>		
Korábbi antiszociális magatartás (statikus tényező)	Különböző helyzetekben elkövetett anti-szociális cselekményekben való folyamatos részvétel, korai életkortól kezdve	Nem kriminális viselkedésminták kiépítése a kockázatos helyzetekre
Antiszociális személyiségstruktúra	Impulzivitás, kalandkeresés, izgalomkeresés, gyenge önkontrollfunkciók, agresszivitás, ingerlékenység	Problémamegoldó, önmenedzselő és megküzdési készségek fejlesztése, dühkezelés
Antiszociális kogníció, pro-kriminális attitűdök	Bűnelkövetést támogató attitűdök, értékek, eszmék és racionalizációk; düh, harag és dac kognitív-érzelmi állapotai; jogrend iránti negatív viszonyulás; bűnözői identitás	Antiszociális tudattartalmak leépítése, kockázatos gondolkodás felismerése, kevésbé kockázatos gondolkodási és érzelmi alternatívák kialakítása, (proszociális attitűdökre épülő racionalizációk) proszociális identitás kialakítása
Bűnelkövetés iránti társas támogatás (antiszociális kapcsolatok)	Bűnözőkkel való viszonylag szoros kapcsolatok; proszociális kapcsolatoktól való relatív elszigeteltség; kriminális viselkedés közvetlen támogatása	A kriminalitást támogató kapcsolatok leépítése, proszociális kapcsolatok kiépítése
Családi/házassági viszonyok	Nem megfelelő szülői-nevelői és fegyelmezési gyakorlat, gyenge családi kötelek	Konfliktuskezelés; kapcsolatépítés; ellenőrzés kialakítása, szülői-nevelői készségek tanítása,
Iskolai/munkahelyi viszonyok	Gyenge teljesítmény, elégedetlenség	Teljesítmény és elégedettség növelése; munkahelyi/tanulási képességek, készségek fejlesztése; a munkahelyi és iskolai személyes kapcsolatok kialakításának támogatása
Szabadidő eltöltése, rekreáció	Proszociális szabadidős tevékenységekben való részvétel hiánya	Proszociális szabadidős tevékenységekben való részvétel támogatása, társadalmilag elfogadott hobbik és sportok elsajátítása
Szerhasználat	Alkohol és/vagy illegális szer abúzus	Abúzus csökkentése; a szerhasználat személyes és személyközi támogatásának leépítése, a szerhasználat alternatíváinak kialakítása
<i>Kevésbé jelentős tényezők (nem kriminogén szükségletek)</i>		
Önértékelés	Alacsony szintű önértékelés, önbecsülés	
Személyes/érzelmi distressz	Szorongás, lehangoltság	
Súlyos mentális zavar	Szkizofrénia, mániás depresszió	
Testi egészség	Testi deformitások, Táplálkozási hiányállapotok	

A rehabilitációs szakemberek a tesztek eredményeire – tehát a felmért kockázati szintre, a kriminogén szükségletekre építve alakítják ki az egyéni kezelési tervet, amely egyben a viselkedés monitorozásának alapjául is szolgál. Ahogy az az elméleti háttérből és az általános

reszponzivitási elvből is kiderül, az RNR modell a kognitív viselkedésterápiás módszerre épít, amely a hatékonyságvizsgálatok szerint a legeredményesebb és legígéretesebb technika a rehabilitáció területén (Andrews et al., 2011; Andrews és Bonta, 2010). Arra vonatkozóan ugyan keveset tudunk meg a modelltől, hogy konkrétan mit kell tennie a terapeutának a kriminogén szükségletek „megcélzása”, „kiküszöbölése” vagy „megoldása” érdekében, ám a hatékony rehabilitáció kritériumait illetően pontos előírásokat tartalmaz (Ward és Maruna, 2007). Ezek (1) a kognitív viselkedésterápiás megközelítés, (2) a magas szintű strukturáltság, amely ülésenkénti bontásban meghatározza a célokat és feladatokat, (3) a megfelelően képzett és ellenőrzött szakemberek által történő végrehajtás, (4) az integritás biztosítása érdekében a program kifejlesztői által előírt módon történő végrehajtás, (5) „kézikönyvön alapuló” végrehajtás, és végül (6) a rehabilitáció eszméi iránt elkötelezett személyzettel és a rehabilitációt támogató menedzsmenttel rendelkező intézetben történő implementáció.

Számottevő empirikus bizonyíték szól az RNR modell hatékonysága mellett (ld. pl. Borbíró, 2010), és a vázát képező alapelvek is megalapozottnak tűnnek (Ward és Maruna, 2010). A kvantitatív felméréseken alapuló standardizált teszteknek köszönhetően a kvalitatív diagnosztikai eljárásokhoz képest viszonylag egyszerű az alkalmazása és adott az eredmények összehasonlíthatósága (White és Graham, 2010). Ugyanakkor többen rámutatnak arra, hogy az RNR modell számos gyenge ponttal rendelkezik elméleti és gyakorlati síkon egyaránt (Ward et al., 2007; Maruna és Ward, 2007). A kritikák egy része a kockázatbecslés alkalmazásával kapcsolatos jogi és etikai aggályoknak ad hangot (ld. pl. Hannah-Moffat és Maurutto, 2003), amelyek alapjául a rizikóbecslésre használt eszközök érvényességével és megbízhatóságával kapcsolatos készségek szolgálnak. További vád az RNR modellel kapcsolatban, hogy csak a kriminogén szükségletekkel foglalkozik, és figyelmen kívül hagy egy sor fontos tényezőt. Nem tudja kielégítően megmagyarázni az emberi szükségletek és egyéb motivációs tényezők kapcsolatát a kriminogén szükségletekkel, nem foglalkozik a különböző kriminogén szükségletek egymáshoz való viszonyával, és nem ad magyarázatot arra sem, hogy hogyan vezetnek el ezek a dinamikus kockázati tényezők a bűnelkövetéshez. Az RNR modell empirikus bizonyítékait is érik kritikák, elsősorban módszertani szempontból, pl. a metaelemzés módszerének nem mindig megfelelő alkalmazása miatt (ld. pl. Kemshall, 2001).

A fenti problémákkal kapcsolatos az RNR modell gyakorlati alkalmazhatóságát érintő kritikák egy része is, amelyek szerint a dinamikus kockázati tényezők csökkentése valóban szükséges, ám korántsem elégséges feltétele a hatékony beavatkozásnak (Ward és Maruna, 2007). Az érvelés szerint az olyan, közvetlenül ugyan nem kriminogén, ám a terápia hatékonyságát kétségkívül befolyásoló tényezők, mint pl. a hangulatzavarok figyelmen kívül hagyása, az embert pusztán kriminogén szükségletek halmazaként kezelő hozzáállás nem vezet megfelelő eredményre. Az RNR bírálói szerint a modell nem foglalkozik a motiváció, az identitás és a haterő tényezőivel sem, pedig előbbi a kezelés sikerének egyik záloga, utóbbi kettő pedig szorosan összefügg az értékekkel és a kriminogén szükségletekkel. A „mindenkinek ugyanazt” hozzáállás nem veszi figyelembe az egyéni szükségleteket és értékeket, mechanisztikus és tanácskönyv-ízű gyakorlatot eredményez. Kétségek merültek fel továbbá a modell alkalmazhatóságával kapcsolatban bizonyos bűnelkövetői csoportok esetében, és a rezponzivitás terén mutatkozó nemi különbségek relevanciája sem tisztázott (White és Graham, 2010). Az RNR



modellel és általában véve a „mi működik” paradigmán belül létrehozott és működtetett egyéb elméletekkel és programokkal kapcsolatos elégedetlenség hatására a közelmúltban új megközelítések jelentek meg a bűnelkövetők rehabilitációjának területén.

## A REINTEGRÁCIÓ „KÉSZSÉG-ALAPÚ” MEGKÖZELÍTÉSE: A DEZISZTANCIA PARADIGMA ÉS A RESZTORATÍV<sup>1</sup> MODELL

A bizonyítékokon alapuló korrekciós gyakorlatnak a treatment válságát követő időszakban tapasztalható megerősödése ellenére a szakemberek egy része nem elégedett a „mi működik” paradigma jegyében alkalmazott rehabilitációs programokkal. Az elmúlt évtizedben a „deficit-modellel” – a kockázat illetve a szükséglet alapú megközelítéssel – kapcsolatos kritikák az Egyesült Államokban és az Egyesült Királyságban egy új reintegrációs irányt hívtak életre (Burnett és Maruna, 2006), amelynek számos elnevezése terjedt el a szakirodalomban, pl. „képesség-szemponútú” vagy „resztoratív” megközelítés, de a leggyakrabban „dezsztancia-paradigmának”<sup>2</sup> vagy „dezsztancia-közponútú gyakorlatnak” hívják. A sokak által paradigmaváltásként értékelt változás lényege, hogy a hangsúly a bűnelkövetők deficitjeinek kezeléséről a reintegráció szolgálatába állítható képességeikre és készségeikre toldott át (Ward és Maruna, 2007). Az erősségeket (képességeket) ugyanolyan módon kell feltérképezni, mint a kockázatokat illetve szükségleteket (Workman, 2009). A beilleszkedést támogató erőforrások és törekvések megerősítése egy új, proszociális identitás kialakítását teszi lehetővé, szemben a deficit-orientált megközelítéssel, amely a hiányosságok kiemelésével valójában megerősíti azokat.

A dezsztancia-szemponútú megközelítés jegyében folytatott kutatások célja, hogy feltárják a bűnelkövetéssel való felhagyás háttérében húzódó pszichológiai és társadalmi tényezőket, és az új ismereteket beemleljék a reintegrációs programokba azok hatékonyságának növelése érdekében (Kazemian és Maruna, 2009). E megközelítés szerint oly módon kell megtervezni a harmadlagos prevenciós programokat, hogy azok támogassák, elősegítsék az egyénekben rejlő erőforrások, készségek érvényesülését a bűnelkövetéssel való felhagyás felé vezető úton (Maruna et al., 2004).

A helyreállító igazságszolgáltatási paradigmát hol a dezsztancia paradigma másik elnevezéseként, hol egy attól független, ám hasonlóan képességszemponútú megközelítésként említi a szakirodalom. Ugyan e két irány más elméleti háttéren és empirikus eredményeken alapszik, mégis nagyon hasonló következtetésekre jut a reintegrációval kapcsolatban. A hangsúly a resztoratív megközelítés esetében is az elkövető olyan képességein és készségein van, amelyekre a jóvátétel és a közösségbe történő beilleszkedés alapozható. A legfontosabb mechanizmus, amely a reintegrációt, illetve az ennek alapjául szolgáló identitásváltozást segíti, az a stigmatizáció leküzdése és az ún. pygmalion-hatásra épülő stratégia alkalmazása (Maruna

<sup>1</sup> Resztoratív = helyreállító

<sup>2</sup> Az angol „desistance from crime” kifejezés a bűnelkövetői karrierből történő kilépést, a bűnözéssel való felhagyást jelenti. Mivel ennek a fogalomnak nincs magyar megfelelője, a dezsztancia kifejezést használom.

et al., 2004). Ennek lényege, hogy a közösség részéről az egyén irányába közvetített pozitív visszajelzések, a képességeiben való hit észlelése önbizalomnövelő hatással bír. A visszaesés valószínűségét növelő megbélyegzés ellensúlyozását célzó törekvések – a jóvátételre és a közösség számára hasznos tevékenység végzésére biztosított lehetőségek – eredményeként a volt bűnelkövetőkben feltámadhat a remény, a felelősségérzet és a jövőre orientáltság, és elkezdődhet az új, proszociális identitás kialakulása. Utóbbi cél többnyire az áldozat felé történő jóvátétel és a közösség számára hasznos munka végzése révén valósul meg, tehát az egyén nem passzív résztvevője, hanem aktív közreműködője a reintegrációs folyamatnak. A hagyományos reintegrációs szemlélet úgy célozza meg a volt elítéltek igényeit – pl. lakhatás, munka –, hogy azok tekintetében függő viszonyba kényszeríti őket. A készségelven alapuló megközelítés ezzel szemben aktív szerepet szán az egyénnek azáltal, hogy új készségek elsajátítására, a volt elítélt közösségen belüli erkölcsi rehabilitációjára, a kárhelyreállításra, valamint a közösség részére, önkéntes szolgálat formájában történő „visszafizetésre” ösztönöz (Timms, 2008). Vannak, akik szerint mindezen felül szükség van a dezisztancia szimbolikus elismerésére, amely mind a jó útra tért egyén, mind a közösség számára nyilvánvalóvá teszi a folyamat megtörténtét. Maruna (2011) szerint például jó megoldás volna a rehabilitációt illetve a megbocsátást igazoló „bizonyítvány”, amely egyfajta ajánlólevélként működne a munkaadók felé.

A készség-szemponturn megközelítés jegyében született programok még nem rendelkeznek kellően szilárd és kimunkált elméleti alapokkal, és a hatékonyságukkal kapcsolatban is csak elenyésző mennyiségű empirikus adat áll rendelkezésre, de egyre több elemük szívárogo be a rehabilitációs gyakorlatba. Bár ez az irány főként a közösségi reintegrációra van hatással, egyre több készség-szemponturn börtönprogramról számolnak be a szakirodalomban (ld. pl. White és Graham, 2010; Burnett és Maruna, 2006; Timms, 2008). A készség-szemponturn megközelítés hatékonyságára vonatkozóan ugyan további – a bizonyítékokon alapuló gyakorlat kritériumainak megfelelő – kutatási eredményekre van szükség, annyi azonban már most nyilvánvaló, hogy értékes kiegészítője lehet a hagyományos, deficit-orientált gyakorlatnak mind az elméleti háttérrel, mind a rehabilitációs illetve reintegrációs eszközöket illetően. A továbbiakban a kétféle szemlélet ötvöztetésének egyik eredményét, a rehabilitációs szakemberek körében szintén népszerű, stabil etiológiai és terápiás háttérrel rendelkező Good Lives Modellt mutatjuk be.

## A GOOD LIVES MODELL

A Good Lives modell (a továbbiakban GLM) – mint a készség-szemponturn megközelítések általában – az RNR modellel kapcsolatban felmerülő problémákra adott válaszként született meg (Ward és Gannon, 2006; Ward és Brown, 2004). Az elmélet a filozófiából átvett „jó élet” fogalma köré épül, amely a pozitív pszichológia által empirikusan kutatott fogalom (ld. pl., Diener és Myers, 1995, Ward és Gannon, 2006; összefoglalóért ld. King et al., 2004). A pozitív pszichológiai elméletek szerint az emberek természetüknél fogva vágyanak bizonyos tapasztalatokra illetve javakra, amelyek sikeres megszerzése vagy elérése szükséges a magas szintű jóllét megéléséhez. Ebben az elméleti háttérben gyökerezve, a GLM mint rehabilitációs teória a bűnel-

követők kezelésének olyan aspektusait is magában foglalja, amellyel az RNR modell nem foglalkozik kielégítően, ilyenek pl. a terápiás szövetség vagy a motiváció kérdései. A GLM-et eredetileg szexuális bűnelkövetők kezelése céljából fejlesztették ki, ezért a modell jegyében alkalmazott vizsgálati eljárások és beavatkozások ezen a területen a legfejlettebbek, de más populációkon, pl. nem szexuális erőszakos elkövetők, fiatalok, személyiségzavarban szenvedő elkövetők, drogfüggő elkövetők stb. körében is sikerrel alkalmazták már (Ward, 2010). A GLM által megfogalmazott cél a kockázat csökkentésén felül az ún. „emberi javak” támogatása, tehát a bűnelkövetők olyan külső és belső erőforrásokkal történő felvértezése, amelyek előmozdítják a bűnelkövetéssel való felhagyás folyamatát.

A modell alapvetése, hogy a bűnelkövetők ugyanolyan szükségletekkel és vágyakkal rendelkeznek, mint a közösség többi tagja (Ward és Maruna, 2007). A GLM terminológiája szerint minden ember az elsődleges humán javak megszerzésére törekszik, amelyek lehetnek cselekvések, helyzetek/tényállások, lelkiállapotok, jellemzők és tapasztalatok (Ward és Brown, 2004). Ilyenek például az egészséges élet, a tudás, a munkában elért sikerek, a boldogság, a belső béke, a kreativitás, a barátság, a közösség, a belső béke, a spiritualitás stb. (White és Graham, 2010). Az elsődleges emberi javak komplex természetűek. Ezekre épül az egyén életterve vagy életmodellje, amelyben az illető személyes preferenciái, értékrendje határozza meg a vágyak konstellációját és sorrendjét. Ward és munkatársai (2007) különböző kutatási irányok – így például pszichológiai, biológiai, etikai, filozófiai, antropológiai kutatások – eredményeire alapozzák az elsődleges humán javak létére, valamint az emberi természetnek e javak megszerzésére irányuló célirányos voltára vonatkozó feltevéseiket. További empirikus eredményekkel támasztják alá az alapvető célok elérése és a boldog élet illetve a szubjektív jóllét közötti összefüggésre vonatkozó feltételezésüket, amelyen a GLM alapszik (Ward és Brown, 2004).

Az elsődleges javak eléréséhez szükséges eszközöket – például a kapcsolatokat vagy a munkát – az elmélet instrumentális vagy másodlagos javaknak nevezi (White és Graham, 2010). Ezek hiányában a primer javak megszerzésére irányuló törekvések antiszociális magatartáshoz vezethetnek. A GLM tehát a pozitív pszichológia azon feltevésén alapszik, amely szerint a kriminalitás hátterében az alapvető vágyak és szükségletek társadalmilag elfogadott úton történő eléréséhez szükséges külső és belső erőforrások hiánya áll. E felfogás szerint a kockázati tényezők valójában a „jó élet” megvalósításához szükséges külső és belső feltételek hiányosságai illetve torzulásai, a szükségletek pedig az elsődleges emberi javak elérését gátló és frusztráló külső vagy belső tényezők (Ward és Maruna, 2007). Utóbbiak lehetnek belső problémák, például az érzelemszabályozás zavarai, a bűnelkövetést támogató attitűdök, az empátiás készség deficitje vagy a probléma megoldási készségek hiányosságai, illetve külső akadályozó tényezők, például a támogatás vagy a lehetőségek hiánya. A bűnelkövetők élettervével kapcsolatos problémák a GLM szerint négy kategóriába sorolhatók: ezek a javak eléréséhez felhasznált eszközök társadalmilag nem elfogadott volta, az életterv átfogó – tehát minden elsődleges célra kiterjedő – jellegének hiánya, a különböző vágyak és célok közötti konfliktusok, valamint az életterv kialakítására illetve a megváltozott körülményekhez történő igazítására való képességek deficitjei. A feszültségelméletre (Merton, 1938) alapozva a GLM a bűnelkövetés kétféle útját írja le. A kriminalitás közvetlen módjáról akkor beszélünk, ha az egyén valamely célt bűncselekmény elkövetése útján kíván elérni. Ha egy

bizonyos cél elérésére való törekvés a bűnelkövetésre sarkalló feszültség növelése révén vált ki kriminális viselkedést, akkor utóbbi közvetett úton valósul meg. Ezek tehát a GLM etiológiai megállapításai, amelyeken a bűnelkövetők kezelésével kapcsolatos elvek és gyakorlatok alapulnak.

A fentiek értelmében a bűnelkövetéssel való felhagyás eléréséhez arra van szükség, hogy – figyelembe véve az egyén specifikus szükségleteit, érdeklődését és értékeit – a „jó élethez” szükséges ismeretek, képességek, lehetőségek és egyéb erőforrások rendelkezésre álljanak. A kezelésnek az a feladata, hogy ezekkel az eszközökkel felruhazza a bűnelkövetőket a bűnismétlés megelőzése és az értelmes és tartalmas élet kialakítása érdekében. Megfelelő segítséget kell nyújtani az egyén számára a proszociális életstílus kialakításához szükséges belső erőforrások kiaknázásához és fejlesztéséhez és az új, eddig ismeretlen képességek és készségek felfedezéséhez (White és Graham, 2010). Nem kell tehát lemondaniuk a vágyaikról és céljaikról, csupán meg kell tanulniuk más, társadalmilag elfogadott és adekvát eszközöket alkalmazni az elérésük érdekében (Ward és Maruna, 2007). A rehabilitáció során finoman kell egyensúlyozni a kockázatkezelés és az egyén jóllétének, személyes vágyainak támogatása között, lehetőséget kell biztosítani számára egy új identitás kialakítására is. Utóbbi változás kulcsa az én-azonosság felépítésében, illetve alakításában fontos elsődleges javak azonosítása és az elérésükhöz szükséges eszközök megszerzése.

Ward és munkatársai (2007) szerint az emberi javak (vágyak, értékek) és a kockázati tényezők között kauzális összefüggés van. Erre alapozzák az alapvető javak elérésének támogatása és a kockázatkezelés közötti közvetlen kapcsolat feltevését. Ez annyit jelent, hogy a specifikus javak és célok elérésének támogatása automatikusan csökkenti az RNR által kezelni kívánt dinamikus kockázati tényezőket illetve kriminogén szükségleteket. Ezzel szemben a pusztán a rizikófaktorok csökkentésére fókuszáló gyakorlat nem valószínű, hogy előmozdítja a bűnelkövetői életpályából való kilépéshez szükséges javak és célok elérését. A GLM hívei szerint az RNR által propagált kockázatelemzés pusztán a vágyott értékek problémás elérési módjaira hívja fel a szakemberek figyelmét, de nem nyújt ennél többet. Álláspontjuk szerint a terápiás tervnek az egyén erősségein, értékein, érdekein, társadalmi és személyes körülményein kell alapulnia, és mindez azt is jelenti, hogy az illető a döntések meghozatalában is aktívan közreműködik (Yates et al., 2009, 2010). Az egyénre szabás szempontja nem akadályozza meg a terápia strukturált és rendszerezett formában történő megvalósítását, amely az alábbi lépésekben kerül megtervezésre. Az első fázisban kerül sor a kockázatfelmérésre, az elkövető testi, lelki és társadalmi problémáinak, valamint életkörülményeinek feltérképezésére. A következő fázisban történik meg a bűnelkövetéssel összefüggő elsődleges javak azonosítása, a kriminális viselkedés funkciójának és hátterének felderítése. Fontos lépés a domináns érték, valamint a bűnelkövetéssel közvetlenül összefüggő célok és értékek hátterében húzódó elsődleges javak azonosítása. Ennek alapján tudja megállapítani a szakember a bűnismétlés kockázatának mértékét, feltárni az egyén élettervének hibáit és azt, hogy közvetlen vagy közvetett kapcsolat áll-e fenn az elsődleges javak megszerzésére való törekvés és a kriminalitás között. A közvetlen utat követő bűnözők esetében a modell feltételezi a kockázat magasabb szintjét, a bűnözést támogató kognitív tartalmak és célok meglétét, valamint a pszichoszociális funkciók deficitjeit. A közvetett úton – tehát az elsődleges javak elérésére irányuló tö-

rekvések „melléktermékeként – bűnöző egyének a modell jóslata szerint a közepes vagy alacsony kockázatú csoportba kerülnek, és körülírtabb pszichológiai problémákkal küzdenek. A kezelés harmadik fázisában kerülnek górcső alá az egyén erősségei, pozitív tapasztalatai és ismeretei, amelyekre a kitűzött célok elérése alapozható. Ez utóbbi másodlagos javak – tehát eszközök – segítségével fordíthatók le a korábban azonosított elsődleges vágyak és célok a konkrét életfeladatok és életmód nyelvére, amely a terápia negyedik fázisát jelenti. Az ötödik lépésben kerül sor az elkövető majdani környezetének, körülményeinek számbavételére. Végül az eddigi információk alapján a terapeuta elkészíti az elkövető kezelési tervét, amely tartalmazza az egyén számára értelmes és kielégítő életforma kialakításához szükséges képességeket, egyéb kompetenciák és körülmények meghatározását és a terápiás szakember ezzel kapcsolatos feladatainak részletes bemutatását. A GLM modellre alapozott terápia eszköztárában kitüntetett helyet foglalnak el a kognitív viselkedéses technikák, valamint az együttműködésen és kölcsönös tiszteleten alapuló terápiás kapcsolat.

A GLM kétségkívül sok erénnyel és előnnyel bír, ilyen például az átfogó elméleti háttér, a motiváció és az identitásváltozás jelentőségének felismerése, a rugalmasság, valamint az integratív jelleg, amely egy készség/kompetencia-alapú háttérbe ágyazza a kockázatbecslést és kezelést. Nyilvánvaló előnyei mellett azonban van néhány, a szakirodalomban vitatott pontja (Andrews et al., 2011; Kemshall, 2010). Az első kritikai megállapítás szerint a modell – mivel őslakosok populációján alakították ki – erősen kultúra- és kontextusfüggő, ezért csak szűk körben alkalmazható. Ezen felül az elkövető szükségleteire, az „elsődleges javakra” való összpontosítás nehezen hozható összhangba a gyakorlatban a kockázat illetve a társadalom védelmének szempontjaival. Azzal kapcsolatban is felmerültek aggályok, hogy a modell mennyire lehet hatékony az empátiát és megbánást nem mutató pszichopátiás személyiségű bűnelkövetők esetében. A kritikai megállapítások közül azonban az a legmeggyőzőbb, amelyik a hagyományos, kockázat-szükséglet szempontú megközelítés és a GLM összehasonlítására vonatkozó eredményeket kéri számon a modell mellett érvelő tábortól. Azt ugyanis utóbbiak is elismerik, hogy csak kevés közvetlen és meggyőző empirikus bizonyíték szól a GLM-re épülő programok hatékonysága mellett. Mindenképp további kutatások szükségesek ahhoz, hogy meggyőzően lehessen érvelni a GLM-re alapozott rehabilitációs beavatkozások eredményessége mellett. Hibái ellenére a GLM remek példája az integratív szemlélet érvényesülésének a rehabilitáció terén. Utalva a korábban leírtakra, a modell leggyengébb pontja viszonylagos újszerűségénél fogva a megfelelő empirikus háttér hiánya, ám rendelkezik egy sor előnnyel a meggyőző kutatási eredményekkel alátámasztott RNR modellel szemben. A fentiekre tekintettel Ward és Maruna (2007) a két elmélet integrálása mellett tör pálcát oly módon, hogy az RNR erősségeivel kiegészített GLM alkalmazását propagálja.

A különböző terápiás irányok integrálásának és az eszközök kombinálásának igénye általában véve jellemző a kurrens nemzetközi szakirodalomban, bár a bizonyítékokon alapuló gyakorlat követelménye komoly elvárásokat támaszt a rehabilitációs programokkal szemben, amelynek például a készség-alapú megközelítés jegyében született programok gyakran nem felelnek meg. Utóbbiak ugyanakkor nagyon fontos szempontokkal gazdagítják a rehabilitációs, és különösen a reintegrációs gyakorlatot, hiszen a kockázatok mellett az egyén társadalomba történő visszailleszkedését potenciálisan segítő erősségeinek, készségeinek fontosság-

gára irányítják rá a figyelmet. A hazai harmadlagos prevenciók gyakorlata azonban sajnos még nagyon messze van attól, hogy ilyen jellegű diskurzusok folyjanak a szakemberek között, mivel a büntetés-végrehajtás céljai és feladatai között a bűnisméltés megelőzése csak marginális szempontként szerepel. A változás irányába tett első lépés a nemzetközi elmélet és gyakorlat megismerése, amelyhez ezzel a cikkel kívánok hozzájárulni.

## IRODALOM

- ANDREWS, D. A., BONTA, J. (2010): *The psychology of criminal conduct*. NJ:LexisNexis, Newark.
- ANDREWS, D. A., DOWDEN, C. (2007): The Risk-Need-Responsivity Model of Assessment and Human Service in Prevention and Corrections: Crime-Prevention Jurisprudence. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 49 (4). 439–464.
- ANDREWS, D. A., BONTA, J., WORMITH, S. J. (2011): The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model: Does adding the Good Lives Model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38. 735–756.
- ANDREWS, D. A., BONTA, J., HOGE, R. D. (1990): Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17. 19–52.
- BLANCHETTE, K., BROWN, S. L. (2006): *The assessment and treatment of women offenders: An integrative perspective*. John Wiley & Sons, Chichester.
- BONTA, J., ANDREWS, D. (2010): Viewing offender assessment and rehabilitation through the lens of the risk-need-responsivity model. In MCNEILL, F., RAYNOR, P., TROTTER, C. (eds): *Offender supervision. New directions in theory, research and practice*. Willan Publishing, New York. 19–40.
- BONTA, J., WALLACE-CAPRETTA, S., ROONEY, R. (2000). A quasi-experimental evaluation of an intensive rehabilitation supervision program. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 312–329.
- BORBÍRÓ, A. (2010): *A prevenciók célú kezelési programok továbbfejlesztésének lehetőségei a büntetés-végrehajtásban I*. Kutatási beszámoló, OKRI.
- BORBÍRÓ, A., SZABÓ, J. (2011): *Dezisztancia és a bűnisméltés megelőzése: kezelési programok a magyar büntetés-végrehajtási intézetekben. Empirikus Áttekintés és értékelés*. Kutatási beszámoló, OKRI.
- BURNETT, R., MARUNA, S. (2006): The kindness of prisoners: Strengths-based resettlement in theory and in action. *Criminology & Criminal Justice*, 6 (1), 83–106.
- CRAIG, L., BROWNE, K., BEECH, A. R. (2008): *Assessing risk in sexual offenders: A practitioner's guide*. John Wiley & Sons Ltd., Chichester.
- FARROW, K., KELLY, G., WILKINSON, B. (2007): *Offenders in focus: Risk, Responsivity and Diversity*. Policy Press, Bristol.
- HANNAH-MOFFAT, K. AND MAURUTTO, P. (2003): *Review of Risk/Needs Assessment of youth offenders in Canada*. Department of Justice Canada Youth Justice Board.
- KAZEMIAN, L., MARUNA, S. (2009): Desistance from crime. In KROHN, M. D., LIZOTTE, A. J., HALL, G. P. (eds): *Handbook on crime and deviance*. Springer, New York. 277–295.

- KEMSHALL, H. (2001): *Risk assessment and management of known sexual and violent offenders: A review of current issues*. Home Office, London.
- KEMSHALL, H. (2010): The role of risk, needs and strengths assessment in improving the supervision of offenders. In MCNEILL, F., RAYNOR, P., TROTTER, C. (eds): *Offender supervision. New directions in theory, research and practice*. Willan Publishing, New York. 155–171.
- KING, L. A., EELLS, J. E., BURTON, C. M. (2004): The good life, broadly and narrowly considered. In LINLEY, P. A., JOSEPH, S. (eds): *Positive psychology in practice*. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.
- MARUNA, S. (2011): Judicial rehabilitation and the ‘clean bill of health’ in criminal justice. *European Journal of Probation*, 3 (1). 97–117.
- MARUNA, S., IMMARIGEON, R., LEBEL, T. P. (2004): Ex-offender reintegration: Theory and practice. In: MARUNA, S., IMMARIGEON, R. (eds): *After crime and punishment: Pathways to offender reintegration*. Willan, Cullompton. 3–26.
- MERTON, R. (1938): ‘Social Structure and Anomie’ *American Sociological Review*, 3: 672–682.
- OGLOFF, J. R. O., DAVIS, M. R. (2004): Advances in offender assessment and rehabilitation: Contributions of the risk-needs-responsivity approach. *Psychology, Crime, and Law*, 10. 229–242.
- POPPER, P. (1970): A *kriminális személyiségzavar kialakulása*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- RETTINGER, J., ANDREWS, D. A. (2010): General risk and need, gender specificity, and the recidivism of female offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 37. 29–46.
- ROBINSON, G., CROW, I. (2009): *Offender rehabilitation. Theory, research and practice*. SAGE Publications Inc., London.
- TIMMS, B. (2008): *Strengths based restorative reintegration (An emerging view of a caring community)*. PDF. [www.pfi.org](http://www.pfi.org)
- WARD, T. (2010): The Good Lives Model of offender rehabilitation. In MCNEILL, F., RAYNOR, P., TROTTER, C. (eds): *Offender supervision. New directions in theory, research and practice*. Willan Publishing, New York. 41–64.
- WARD, T., BROWN, M. (2004): The Good Lives Model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime and Law*, 10 (3). 243–257.
- WARD, T., GANNON, T. (2006): Rehabilitation, etiology and self-regulation: The Good Lives Model of sexual offender treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 11. 77–94.
- WARD, T., MARUNA, S. (2007): *Rehabilitation: Beyond the risk paradigm*. Routledge, New York.
- WARD, T., MANN, R. E., GANNON, T. A. (2007): The Good Lives Model of offender rehabilitation: clinical implications. *Aggression and Violent Behavior*, 12. 87–107.
- WARD, T., MESLER, J., YATES, P. (2007): Reconstructing the Risk-Need-Responsivity model: A theoretical elaboration and evaluation. *Aggression and Violent Behavior*, 12. 208–228.
- WHITE, R., GRAHAM, H. (2010): *Working with offenders. A guide to concepts and practices*. Willan Publishing, New York.
- WORKMAN, K. (2009): Back to Churchill: An old vision for prisoner reintegration. *Policy Quarterly*, 5 (2). 24–32.

- WORMITH, J. S. (1984): Attitude and behavior changes of correctional clientele: a three-year follow-up. *Criminology*, 22. 595–618.
- YATES, P. M., KINGSTON, D. A., WARD, T. (2009): *The self-regulation model of the offense and relapse process: Volume 3*. Pacific Psychological Assessment Corporation, Victoria, British Columbia, Canada.
- YATES, P. M., PRESCOTT, D., WARD, T. (2010): *Applying the good lives and self-regulation models to sex offender treatment: A practical guide for clinicians*. Safer Society Press, Brandon.