

Ocena i perspektywy rozwoju systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności

ADAM KWIECIŃSKI

ORCID: 0000-0002-2652-2689

Katedra Prawa Karnego Wykonawczego

Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego

I

W trakcie prac nad kodyfikacją karną z 1997 roku kwestie terapii sprawców przestępstw skazanych na karę pozbawienia wolności potraktowano priorytetowo. Zdecydowano się, aby dla skazanych z zaburzeniami psychicznymi, upośledzonych umysłowo, a także uzależnionych od alkoholu albo innych środków odurzających lub psychotropowych oraz niepełnosprawnych fizycznie stworzyć specjalną formułę odbywania kary, dopasowaną do ich właściwości osobistych i potrzeb zdrowotnych. To szczególne traktowanie w nowym kodeksie karnym wykonawczym na płaszczyźnie legislacyjnej przybrało postać systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności. Natomiast na gruncie organizacyjnym uosabiają je oddziały terapeutyczne o różnych specjalizacjach.

Sprawiedliwie należy jednak przypomnieć, iż o ile działania terapeutyczno-lecznicze więziennictwa istotnie w 1997 roku zyskały nową formę ich realizacji w ramach jednego z trzech systemów wykonywania kary, o tyle sama idea, metody terapii, sposób ich prowadzenia, a w dużej części formuła organizacyjna tych oddziaływań były kontynuacją rozwiązań wypracowywanych w polskim systemie penitencjarnym od dziesięcioleci.

Koncepcja specjalnego postępowania penitencyjnego z pewnymi grupami skazanych, wymagającymi odmiennego podejścia z uwagi na stan ich zdrowia, została skutecznie włączona do polskiej praktyki więziennej już w okresie międzywojennym¹. Pole do jej uruchomienia w zakładach karnych otworzyła działalność Komisji do Badań Kryminalno-Biologicznych, a następnie ugruntowały ją doświadczenia wypracowane w ramach pierwszych więziennych szpitali psychiatrycznych (Grodzisk Mazowiecki, Grudziądz, Warszawa, Drohobycz). W czasie drugiej wojny światowej i w pierwszych latach po jej zakończeniu z oczywistych przyczyn porzucano prowadzenie jakichkolwiek systemowych oddziaływań ukierunkowanych na odzyskanie pełni zdrowia przez osadzonych. Zakłady karne realizowały wtedy zadania odległe od tych, do których zostały powołane. Dopiero przejęcie jednostek penitencyjnych przez resort sprawiedliwości sprawiło, iż mimo trudności organizacyjnych i uwarunkowań politycznych działalność terapeutyczna nie tylko została reaktywowana, ale była konsekwentnie rozwijana. Na lata 1957–1965 datowane są największe osiągnięcia w prowadzeniu eksperymentalnych programów dla skazanych z zaburzeniami psychicznymi, alkoholików (Zakład Karny Specjalny dla kobiet w Świeciu, oddziały specjalne dla skazanych z zaburzeniami psychicznymi w Zakładzie Karnym w Rawiczu, oddział specjalny w Centralnym Więzieniu we Wronkach, Zakład Karny-Szpital Psychiatryczny w Oleśnicy, oddział odwykowy w Zakładzie Karnym Łódź-Sikawa czy oddział odwykowy w Centralnym Więzieniu nr 1 we Wrocławiu). Doświadczenia zdobyte w tych placówkach umożliwiły wypracowanie pierwszych systemowych rozwiązań w tej przestrzeni, których elementy do dziś wykorzystywane są jako komponenty systemu terapeutycznego. Normatywne usankcjonowanie działalności oddziałów i zakładów specjalnych nastąpiło w Regulaminie wykonywania kary pozbawienia wolności z 1966 roku², a następnie zostało potwierdzone w kodeksie karnym wykonawczym z 1969 roku³ poprzez nadanie w art. 39 § 1 specjalnego statusu (odręb-

¹ Szerzej na ten temat A. Kwieciński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym*, Warszawa 2017, cyt. tam literatura.

² Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 lutego 1966 roku w sprawie regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności, Dz. Urz. MS nr 2, poz. 12.

³ Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 roku — Kodeks karny wykonawczy, Dz.U. Nr 13, poz. 98 ze zm.

nego rodzaju zakładu karnego) placówkom dla skazanych wymagających stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych. A. Nawój-Śleszyński słusznie akcentuje, iż „wykonywanie kary w systemie terapeutycznym nawiązuje do metod postępowania ze skazanymi, wypracowanych w oddziałach dla skazanych wymagających szczególnych środków leczniczo-wychowawczych, które mają już blisko 50-letnią tradycję”⁴.

Zmian, które zaszły w tej przestrzeni w nowej kodyfikacji karnej, nie można w obliczu poczynionych ustaleń określić mianem rewolucyjnych. Była to raczej przemyślana, oparta na zdobytym w pracy ze skazanymi doświadczeniu, konsekwentna przebudowa systemu terapii więziennej. Ten ewolucyjny rozwój uosabia powołanie w kodyfikacji karnej z 1997 roku nowego terapeutycznego systemu wykonywania kary pozbawienia wolności. Wszyscy, którzy wiedzą, jak istotne dla zapobiegania przestępczości powrotnej tej grupy skazanych jest podjęcie skutecznej działalności terapeutycznej przez więziennictwo, mają jednak świadomość, iż obecny kształt, w jakim funkcjonuje terapia skazanych, nie tworzy jej docelowej, ostatecznej formuły. Nie jest to bynajmniej zarzut pod jej adresem, lecz jedynie realna ocena wynikająca z jednej strony z konieczności nadążania za ciągłym rozwojem nauk medycznych, społecznych i pedagogiki a z drugiej z odwiecznej, swoistej dla ludzkości, potrzeby poszukiwania optimum do prowadzenia wszelkiego rodzaju aktywności.

II

Szczegółowe rozważania dotyczące obecnego stanu i postulatów rozwoju systemu traktowania skazanych cierpiących na dysfunkcje zdrowotne w Polsce należałoby poprzedzić jednak zaznajomieniem czytelnika z zasadniczymi statystykami odnoszącymi się do skazanych objętych

⁴ A. Nawój, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie programowanego oddziaływania*, Łódź 2007, s. 15. Tym samym trudno zaakceptować pogląd odmienny, jakoby systemy wykonywania kary pozbawienia wolności w nowym kodeksie karnym wykonawczym (art. 81 k.k.w.) zastąpiły dawne rygory, określone przez art. 40 kodeksu karnego wykonawczego z 1969 roku. Wydaje się, iż z zastrzeżeniem pewnych odmienności instytucją znacznie bliższą zniesionym rygorom jest podział zakładów karnych na trzy zasadnicze typy. Por. T. Szymanowski, [w:] T. Szymanowski, Z. Świda, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz. Ustawy dodatkowe. Akty wykonawcze*, Warszawa 1998, s. 175.

Tabela 1. Skazani odbywający karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym w latach 1999–2019 w stosunku do ogólnej liczby skazanych i ukaranych (stan na dzień 31 grudnia danego roku)

Rok	System terapeutyczny	Wskaźnik wzr. (%)	Ogólna liczba skazanych	Wskaźnik wzr. (%)
1999	2631	100,00	42 200	100,00
2000	3746	142,37	48 512	114,95
2001	5033	191,29	56 904	134,84
2002	2733	103,87	59 571	141,16
2003	3102	117,90	61 041	144,64
2004	3407	129,49	65 313	154,77
2005	3631	138,00	69 539	164,78
2006	3824	145,34	74 232	175,90
2007	4054	154,08	76 335	180,80
2008	4140	157,35	74 226	175,89
2009	4205	159,82	74 543	176,64
2010	4146	157,58	72 339	171,41
2011	4159	158,07	73 223	173,51
2012	3738	142,07	77 147	182,81
2013	4440	168,75	72 405	171,57
2014	4457	169,40	71 133	168,56
2015	4496	170,88	66 674	157,99
2016	4460	169,51	66 132	156,71
2017	4765	181,10	66 583	157,77
2018	4781	181,71	64 844	153,65
2019	4940	187,76	65 610	155,47

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z <https://www.sw.gov.pl/strona/statystyka-roczna> (dostęp: 20.02.2019).

oddziaływaniami w ramach systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności. Wszystkie dane zaprezentowane zostaną w ujęciu rocznym, począwszy od pierwszego pełnego roku, w którym zaczęły obowiązywać regulacje nowej kodyfikacji karnej.

Dane z tabeli 1 prezentują rozwój systemu terapeutycznego na tle zmian liczebności populacji więziennej w latach 1999–2019. Analiza tych informacji uwidacznia pewne tendencje. Pomimo zauważalnego przyrostu liczby osób odbywających karę w systemie terapeutycznym (z 2631 w 1999 do 4940 w 2019 roku) udział skazanych z tego systemu w ogólnej masie skazanych wykazuje jedynie nieznaczne tendencje wzrostowe (z 6,23% w 1999 do 7,52% w 2019 roku). Jednocześnie dynamika wzrostu jest w tej grupie nieco wyższa niż w całej populacji skazanych (187,76% vs 155,47%). Do całościowej analizy i oceny dynamiki zmian, struktury i funkcjonowania systemu terapeutycznego konieczne jest rozpatrywanie go przy założeniu, iż składają się nań trzy jakościowo różne komponenty (oddziaływania w oddziałach terapeutycznych, poza oddziałami i sytuacje, kiedy skazany zakwalifikowany do oddziału pozostaje poza tymi placówkami).

Tabela 2. Skazani zakwalifikowani do oddziałów terapeutycznych, przebywający w tych oddziałach w latach 1999–2019 (stan na dzień 31 grudnia poszczególnych lat), z uwzględnieniem specjalizacji oddziałów i dodatkowym wydzieleniem (od 2008 roku) skazanych z zaburzeniami preferencji seksualnych

Rok	Ogółem liczba bezwzględna/ wskaźnik wzrostu	Z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeni umysłowo		Uzależnieni od środków odurzających lub psychotro- powych	Uzależnieni od alkoholu
			— w tym z zabu- rzeniami preferencji seksualnych		
1999	1704 100,00%	1112 100,00%	b.d.	288 100,00%	304 100,00%
2000	1971 115,66%	1226 110,25%	b.d.	370 128,47%	375 123,35%
2001	2169 127,28%	1445 129,94%	b.d.	340 118,06%	384 126,31

2002	2223 130,45%	1487 133,72%	b.d.	340 118,06%	396 130,26%
2003	2392 140,37%	1584 142,44%	b.d.	348 120,83%	460 151,13%
2004	2552 149,76%	1621 145,77%	b.d.	385 133,68%	546 179,60%
2005	2779 163,08%	1709 153,68%	b.d.	435 151,04%	635 208,88%
2006	2877 168,83%	1716 154,31%	b.d.	455 157,99%	706 232,23%
2007	3015 176,93%	1722 154,85%	b.d.	531 184,34%	762 250,65%
2008	2971 174,35%	1699 152,78%	150 100,00%	480 166,67%	792 260,52%
2009	3069 180,10%	1642 147,66%	155 103,33%	546 189,96%	881 289,80%
2010	3037 178,22%	1593 143,25%	178 118,66%	501 173,96%	943 310,19%
2011	2953 173,29%	1510 135,79%	162 108,00%	435 151,04%	1008 331,57%
2012	3044 178,63%	1497 134,62%	220 146,66%	472 163,88%	1075 353,61%
2013	2943 172,71%	1492 134,17%	211 140,66%	436 151,38%	1015 333,88%
2014	2936 172,30%	1466 131,83%	233 155,33%	462 160,41%	1008 331,57%
2015	3061 179,63%	1493 134,26%	252 168,00%	480 166,66%	1088 357,89%
2016	3133 183,86%	1507 135,52%	297 198,00%	487 169,09%	1139 374,67%
2017	3229 189,49%	1556 139,92%	326 217,33%	509 176,73%	1167 383,88%
2018	3172 186,15%	1552 139,56%	355 236,66%	512 177,77%	1108 364,47%
2019	3315 194,54%	1571 141,27%	392 261,33%	575 199,65%	1169 384,53%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z *ibidem*.

Tabela 3. Skazani zakwalifikowani do systemu terapeutycznego, poza oddziałem terapeutycznym w latach 1999–2019 (stan na 31 grudnia poszczególnych lat)

Rok	Ogółem	Z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeni umysłowo		Uzależnieni od środków odurzających lub psychotropowych	Uzależnieni od alkoholu	Niepełnosprawni fizycznie
			— w tym z zaburzeniami preferencji seksualnych			
1999	503	1	b.d.	16	453	33
2000	1314	5	b.d.	149	1139	21
2001	2349	5	b.d.	401	1931	12
2002	35	0	b.d.	7	24	4
2003	15	0	b.d.	0	15	bd
2004	3	0	b.d.	3	0	bd
2005	2	0	b.d.	0	1	1
2006	5	0	b.d.	0	2	3
2007	2	0	b.d.	1	0	1
2008	1	0	b.d.	0	1	0
2009	5	0	b.d.	5	0	0
2010	12	0	b.d.	10	2	0
2011	1	0	b.d.	0	1	0
2012	4	0	b.d.	1	2	1
2013	815	0	b.d.	144	671	0
2014	754	2	b.d.	186	564	2
2015	734	0	b.d.	215	519	0
2016	621	0	b.d.	188	433	0
2017	688	0	b.d.	220	467	1
2018	728	0	b.d.	254	473	1
2019	755	0	b.d.	277	477	1

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z *ibidem*.

Prezentacja statystyk osób zakwalifikowanych do oddziałów terapeutycznych o określonej specjalizacji obrazuje rzeczywistą skalę rozwoju tego systemu w jego zasadniczej formule, to jest zinstytucjonalizowanych oddziałów. Od początku następuje systematyczny, aczkolwiek trudny do określenia jako znaczny, przyrost liczby miejsc w tych oddziałach (od 1704 skazanych w 1999 do 3315 osób w końcu 2019 roku). Zauważalne jest także, iż w latach 2007–2015 przyrost ten wyhamował niemal do zera. Sytuacja poszczególnych kategorii skazanych kształtowała się w analizowanym okresie odmiennie. Obserwowano między innymi znaczący wzrost liczby objętych specjalistycznymi oddziaływaniami alkoholików (wzrost do 384,53% w stosunku do 1999 roku), a jednocześnie dużo słabszy przyrost odnotowano w oddziałach dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi i upośledzonych umysłowo (wzrost zaledwie do 141,27% stanu z roku 1999) i dla narkomanów (dynamika wzrostu 199,65%). Populacja skazanych przebywających w oddziałach terapeutycznych stanowi dziś 5,05% ogólnej liczby skazanych i ukaranych w polskich zakładach karnych.

Wykonywanie kary w systemie terapeutycznym poza oddziałem specjalistycznym było wykorzystywane na szerszą skalę już w pierwszych latach funkcjonowania nowego kodeksu wobec skazanych uzależnionych. Po zaprzestaniu tej praktyki przez administrację penitencjarną w 2001 roku obecnie przeżywa ona ponowny rozwój. Jest to efektem wprowadzenia w 2012 roku programów krótkich interwencji i terapii krótkoterminowej dla uzależnionych narkomanów i alkoholików. Popularność tej (subsydiarnej) formy realizacji systemu terapeutycznego utrzymuje się od kilku lat na zbliżonym poziomie (w 2013 roku — 815, 2014 — 754, 2015 — 734, 2016 — 621, 2017 — 688, 2018 — 728 i w roku 2019 było to 755 skazanych).

III

Upływ dwóch dekad praktykowania działalności terapeutycznej więziennictwa w kształcie zakreślonym ramami kodyfikacji karnej z 1997 roku uprawnia do podjęcia szerszej analizy tego obszaru penitencjarnego. Sprzyja temu z pewnością coraz gorętsza dyskusja na temat systemów wykonywania kary pozbawienia wolności. W jej toku zarów-

no naukowcy, jak i praktycy formułują konkretne, coraz dalej idące propozycje zmian⁵. Niektórzy z uczestników debaty stawiają dziś otwarcie pytanie o zasadność dalszego utrzymywania tej instytucji w polskim systemie penitencjarnym.

Ocena systemu terapeutycznego nie jest jednak prosta. Na tę problematykę składają się skomplikowane kwestie prawne, niejednokrotnie wikłane zależnościami natury pozaprawnej (medycznymi, psychologicznymi i pedagogicznymi). Wymusza to konieczność podjęcia debaty w gronie interdyscyplinarnym. Jej nieodzownym elementem musi być całościowa analiza przepisów, które określają ramy prawne oddziaływań specjalistycznych podejmowanych wobec skazanych na karę pozbawienia wolności. Powinna ona również uwzględniać w koniecznym stopniu dalsze otoczenie normatywne (poza regulacjami składającymi się *stricto* na system terapeutyczny) i kontekst pozaprawny tej działalności więziennictwa (zwłaszcza związany z oddziaływaniami leczniczymi, psychologicznymi i rehabilitacyjnymi). W niniejszym opracowaniu zaprezentowane zostaną ustalenia kilkuletniego projektu badawczego w zakresie funkcjonowania systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności⁶. Projekt ten realizowany był w Katedrze Prawa Karnego Wykonawczego Uniwersytetu Wrocławskiego i miał być swolistym zaproszeniem do szerszej dyskusji dotyczącej potrzeb i ewentualnych kierunków reformy systemu specjalnego traktowania skazanych przejawiających dysfunkcje zdrowotne, zwłaszcza o charakterze zaburzeń psychicznych. Na marginesie należy zauważyć, iż znaczna część

⁵ B. Stańdo-Kawecka, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w trzech systemach — uwagi krytyczne*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 39, 2016, s. 109 n. Także P. Stępnia, *Polemicznie o systemach wykonywania kary pozbawienia wolności w świetle Europejskich Reguł Więziennych i doświadczeń francuskich*, [w:] *Modernizowanie więziennictwa. V Kongres Penitencjarny*, red. T. Bulenda, A. Rzepliński, Warszawa 2015, s. 595 n.; *idem*, *O indywidualizacji, systemach wykonywania kary pozbawienia wolności oraz wolnej progresji — głos polemiczny*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2014, nr 85, s. 5–20.

⁶ Obszerną relację z tego projektu wraz z realizowanymi na jego potrzeby badaniami empirycznymi wśród kadr specjalistycznych oddziałów terapeutycznych i ośrodków diagnostycznych oraz zasadniczymi ustaleniami i wnioskami *de lege lata* i *de lege ferenda* zawiera książka: A. Kwieciński, *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym*, Warszawa 2017.

wniosków sformułowanych poniżej wykracza poza ramy systemu terapeutycznego. Uznano jednak, że przedstawienie kompleksowej oceny i propozycji reformy tej instytucji wymaga niejednokrotnie podjęcia analizy regulacji prawnych bądź praktyki penitencjarnej usytuowanych poza obszarem wyznaczonym przez art. 96–97 k.k.w.

Do takich postulatów należą rozważania dotyczące systemu kierowania skazanych na terapię w trakcie wykonywania kary. Obowiązujące przepisy powodują, iż dziś kwalifikacja skazanych do systemu terapeutycznego opiera się prawie wyłącznie na decyzjach komisji penitencjarnych, co z różnych powodów nie jest rozwiązaniem optymalnym. W związku z tym wnosi się, na zasadzie doraźnego działania, o szerokie włączenie do prac komisji psychologów zakładowych. W toku badań zwrócono uwagę przede wszystkim na niewykorzystany potencjał, jakim w tym zakresie dysponuje art. 62 k.k. Przepis ten pozwala sądowi *meriti* na przypisanie skazanego do systemu terapeutycznego już w momencie orzekania kary. Coraz częściej podnosi się także postulat zmian w prawie, które umożliwiłyby oparcie decyzji klasyfikacyjnej bezpośrednio na orzeczeniach więziennych ośrodków diagnostycznych. Nie będzie to jednak możliwe bez reformy tych placówek.

Niezależnie od tego rozwijanie ośrodków diagnostycznych wydaje się i tak koniecznością. Chodzi o to, aby zaczęły one realnie wypełniać wyznaczoną im przez ustawodawcę funkcję — centrum penitencjarnej diagnostyki osobopoznawczej. Dzięki temu opisane w art. 83 k.k.w. prowadzenie badań psychologicznych i psychiatrycznych „w miarę potrzeby” będzie mogło być praktykowane szeroko, zgodnie z realnymi potrzebami. W tym celu należy dokonać jasnego rozdziału zadań diagnostycznych między tymi ośrodkami a zakładami karnymi. Zakłady pełniłyby funkcję przesiewową, wysyłając przypadki skomplikowane do ośrodków diagnostycznych. Dla jakości ustaleń osobopoznawczych ważne byłoby ponadto przeszkolenie personelu niespecjalistycznego w zakresie rozpoznawania symptomów świadczących o potrzebie badań osobopoznawczych skazanego. Podobny efekt dałoby wdrożenie na szerszą skalę tak zwanych procedur związanych z szacowaniem ryzyka powrotności do przestępstwa, a także monitorowanie prawidłowości stosowania przepisów, które decydują o gromadzeniu materiałów wykorzystywanych w procesie osobopoznawczym (na przykład art. 11 § 2 k.k.w. i art. 14 § 1 k.k.w.).

Z pewnością sprzeciw musi budzić ustawowy nakaz kierowania wszystkich skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo do zakładów karnych typu zamkniętego (art. 88 § 3 pkt 3 k.k.w.). Poza tym, że jest to wyraz braku zaufania do organów klasyfikacyjnych, to łamie zasadę wolnej progresji i jest świadectwem niezrozumienia zagadnień związanych z warunkami, w jakich powinna być prowadzona terapia. Należy zrezygnować z tego typu specjalnych obostrzeń, a jednocześnie zdywersyfikować typologię oddziało-
w terapeutycznych.

Wśród kwestii najistotniejszych na wyróżnienie zasługuje problematyka tak zwanego dobrowolnego przymusu terapeutycznego (art. 117 k.k.w.). Co do jego utrzymania w obecnej formie istnieją spore rozbieżności w doktrynie i wśród praktyków. Z całą pewnością konstrukcja z art. 117 k.k.w. wymaga doraźnej interwencji ustawodawcy z uwagi na wiele wad, którymi jest dotknięta (choćby niemożność zaskarżenia postanowienia sądu penitencjarnego w tym przedmiocie). Niemniej jednak docelowo postuluje się poważne ograniczenie (na przykład na zasadach opisanych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego), a nawet zniesienie (pod pewnymi warunkami) tego rodzaju przymusu w trakcie odbywania kary. Ewentualne rozwiązanie pośrednie polegać by mogło na pozostawieniu tych skazanych, którzy nie wyrażają woli poddania się oddziaływaniom specjalistycznym w systemie terapeutycznym, z założeniem, iż do czasu podjęcia świadomej decyzji o przystąpieniu do terapii odbywaliby w nim karę poza oddziałem terapeutycznym (z objęciem ich oddziaływaniami motywującymi, działalnością profilaktyczno-edukacyjną). Przy przyjęciu tej koncepcji trzeba by było tak ukształtować warunki odbywania kary w systemie terapeutycznym, aby obudzić w skazanym odpowiedni ładunek motywacji własnej do świadomego włączenia się w trudy terapii (podjęcie terapii byłoby powiązane z polepszeniem statusu skazanego).

Niezmienne od momentu wprowadzenia kontrowersje wywołują specjalne regulacje dotyczące skazanych za przestępstwo określone w art. 197–203 k.k., popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych. Chodzi tutaj o inne regulacje niż art. 96–97 k.k.w. i art. 117 k.k.w., które mimo iż nie dotyczą bezpośrednio terapii, to istotnie kształtują status penitencjarny tej grupy uczestników systemu terapeutycznego, poprzez wzmocnienie represyjności dotychczasowych

rozwiązań i wprowadzenie szczególnych instrumentów kontrolnych (art. 88 § 3 pkt 3 k.k.w., art. 89 § 3a k.k.w., art. 139 § 6a k.k.w., art. 151 § 2 k.k.w., art. 166 § 2 i art. 168a § 3 k.k.w.). Bliższe przyjrzenie się tym przepisom prowadzi do konkluzji, że przypisywane większości z nich przez ustawodawcę funkcje mogą z powodzeniem być realizowane przez prawidłowe stosowanie przepisów ogólnych, utrzymanie zaś pozostałych bez zabezpieczenia koniecznych instrumentów kontrolnych lub terapeutycznych traci sens. W postępowaniu z tą grupą skazanych zaleca się przeanalizowanie możliwości dopuszczenia (za zgodą lub na wniosek samego skazanego) stosowania farmakoterapii w trakcie kary, zwłaszcza że ta forma leczenia jest często stosowana podczas wykonywania środka zabezpieczającego (realizowanego postpenalnie).

W treści art. 97 § 2 k.k.w. zwraca uwagę nieprecyzyjna redakcja zarówno w zakresie braków w wyliczeniu oddziaływań specjalistycznych, do których powinny być dopasowane standardowe środki penitencjarne, jak i w wymienieniu tych drugich. Obie kwestie powinny zostać już dawno uzupełnione.

Specjalne postępowanie ze skazanymi cierpiącymi na dysfunkcje zdrowotne musi znaleźć przedłużenie na etapie postpenitencjarnym. Mając świadomość tego, iż w najbliższym czasie nie należy liczyć na powstanie sieci odrębnych placówek terapeutycznych, w których skazani znaleźliby pomoc po odzyskaniu wolności, trzeba skoncentrować się na działaniach możliwych do zrealizowania. Korzystne byłyby zmiany w zakresie umieszczania skazanych we „właściwym zakładzie karnym” (zwłaszcza w końcu kary), ustalenie czytelnego podziału zadań między administracją penitencjarną a służbą kuratorską w zakresie przygotowania skazanego do zwolnienia, uregulowanie statusu kuratora penitencjarnego (wraz z realnym wprowadzeniem go do zakładów karnych) i przywrócenie „dobrowolnego dozoru kuratorskiego” z art. 167 k.k.w. Poważną barierą w podejmowaniu przez skazanych terapii na wolności są niedawne zmiany w zakresie wydawania zwalnianym skierowań do lekarza specjalisty lub szpitala oraz zasad finansowania leczenia i rehabilitacji ze środków publicznych. Postuluje się doprowadzenie do co najmniej takiego stanu, kiedy skazany, opuszczając jednostkę penitencjarną, będzie wyposażony w potrzebne skierowania specjalistyczne z nieodległym terminem przyjęcia w placówce leczniczej.

Postuluje się podjęcie działań, które zaowocowałyby częstym stosowaniem warunkowego zwolnienia względem skazanych z tej grupy. W ramach obowiązującego prawa należałoby wypracować procedurę, która właściwie wyselekcjonuje skazanych, a postanowieniu o warunkowym zwolnieniu nada kształt adekwatny do potrzeb zdrowotnych zwalnianego⁷. Wydaje się, że dotychczasowe, nader ostrożne podejście do tej kwestii, zarówno ze strony samych sądów penitencjarnych, jak i administracji penitencjarnej, mogłoby zostać przełamane w momencie wprowadzenia do porządku prawnego rzetelnych instrumentów szacowania ryzyka powrotności do przestępstwa i potrzeb kryminologicznych sprawcy.

Ważnym wyzwaniem z punktu widzenia potrzeb terapeutycznych sprawców przestępstw jest nadanie spójności dwóm głównym dla leczenia tej kategorii skazanych instytucjom prawa karnego — systemowi terapeutycznemu i środkom zabezpieczającym. Problem ten dostrzegalny jest już na etapie klasyfikacji skazanych. Skoro wyniki leczenia osiągnięte w zakładzie karnym decydują o późniejszym stosowaniu środka zabezpieczającego, to może warto byłoby rozważyć (ustawowe) uzależnienie pobytu w oddziale terapeutycznym od faktu orzeczenia środka zabezpieczającego. Zagrożeniem mogą być nieprecyzyjne procedury orzekania środków postpenalnych w trakcie wykonywania kary pozbawienia wolności oraz stosowania niektórych z nich w czasie kary. Warto pamiętać (i budować tę świadomość wśród administracji penitencjarnej), iż po roku 2015 dyrektorzy zakładów karnych mogą inicjować postępowanie w przedmiocie orzeczenia nieizolacyjnych środków zabezpieczających w postępowaniu wykonawczym. Może to być niezwykle ważny instrument motywacyjny, zwłaszcza w odniesieniu do skazanych z systemu terapeutycznego. Być może w dalszej kolejności zasadne byłoby powiązanie uchylania się od terapii w czasie kary z zastosowaniem postpenalnego środka zabezpieczającego. Niezależnie od tego warto podjąć

⁷ W tym zakresie proponuje się, aby dyrektor zakładu karnego w imieniu skazanego, który ukończył pomyślnie terapię (i powinien opuścić w związku z tym system terapeutyczny), a jednocześnie spełnia przesłanki do ubiegania się o warunkowe zwolnienie, występował z takim wnioskiem do sądu penitencjarnego. Jednocześnie, korzystając ze zgromadzonej w toku wykonywania kary wiedzy osobopoznawczej, powinien zaproponować określony kształt tego środka (długość okresu próby, nałożenie odpowiednich obowiązków, zwłaszcza z art. 72 § 1 pkt 6–6b k.k., i określenie potrzeby dozoru).

działania w celu osiągnięcia optymalnego pułapu spójności penitencjarnych programów terapeutycznych z tymi realizowanymi przez placówki lecznicze wykonujące środki zabezpieczające.

W trakcie badań sformułowano wiele wniosków odnośnie do terapii realizowanej w formule pozaoddziałowej, zwłaszcza w ramach tak zwanej krótkiej interwencji i terapii krótkoterminowej. Postuluje się między innymi: jednoznaczne określenie charakteru oddziaływań realizowanych w tej formule, wskazanie przypadków kwalifikujących się do systemu poza oddziałem, opracowanie procedury kierowania tam innych skazanych niż uzależnieni, zakreślenie wymogów kompetencyjnych dla „specjalistycznie przygotowanego personelu”, ustalenie minimalnego poziomu oddziaływań, a także mechanizmów weryfikujących ich prawidłowość. Stojąc na stanowisku, iż gwarantem jakości oddziaływań i rdzeniem systemu terapeutycznego jest profesjonalny, specjalistyczny oddział, zachodzi konieczność jednoznacznego wskazania kategorii skazanych, którzy odbywaliby karę w systemie terapeutycznym poza jego strukturą. Ciekawą propozycją (spójną z wcześniejszymi założeniami odnośnie do ograniczenia przymusowości terapii) może być rozważenie, aby skazani, którzy nie chcieli poddać się terapii, pozostawali w systemie terapeutycznym poza oddziałem specjalistycznym tak długo, jak długo będą wymagać specjalistycznych oddziaływań i dopóki nie zdecydują się z nich skorzystać. Co finalnie zaowocuje ich przeniesieniem do oddziału terapeutycznego. Wprowadzenie tego rozwiązania do systemu penitencjarnego spowodowałoby, że do oddziałów terapeutycznych trafialiby ludzie odpowiednio przygotowani i zmotywowani do terapii. Niezależnie od poczynionych uwag konieczne jest opracowanie planu działań dla tej postaci systemu terapeutycznego oraz form weryfikacji ich realizacji wraz z doбором kompetentnej kadry (bądź jej właściwym przeszkoleniem).

Stworzenie jasnych zasad wykorzystania formuły pozaoddziałowej systemu terapeutycznego, limitacja przymusowej terapii oraz uporządkowanie kwestii związanych z realizacją programów leczenia odwykowego pozwolą wreszcie na urealnienie wyrażonej w art. 97 § 3 k.k.w. zasady przechodniości pobytu w systemie terapeutycznym. W obliczu tej zasady, jak też w poszanowaniu podmiotowości skazanego oraz potrzeby jego indywidualnego traktowania nie do zaakceptowania jest limitowanie

(i ujednolicanie) mocą przepisów niskiej rangi czasu terapii w poszczególnych oddziałach terapeutycznych. Czas ten powinien uwzględniać przede wszystkim potrzeby zdrowotne skazanego, a nie służyć statystykom.

Reforma powinna objąć także indywidualne programy terapii. Niezależnie od tego, czy w przyszłości zostaną one zastąpione planami wykonywania kary, postuluje się ich utrzymanie, choćby w zredukowanej formie. W perspektywie realizacji postulatu o ograniczeniu lub zniesieniu przymusu terapii powinno się rozważyć możliwość wzmocnienia nacisku na większy udział skazanych w ustalaniu ich zawartości. Warto zastanowić się także nad rozwiązaniem problemu sankcji związanych z negatywną oceną współpracy skazanych przy realizacji tych programów (czytelne powiązanie z warunkowym zwolnieniem, środkami zabezpieczającymi, wycofaniem skazanego z oddziału terapeutycznego). Jednocześnie należy odpowiednio zabezpieczyć interesy skazanego. W obliczu potencjalnych następstw prawnych negatywnej oceny swojej postawy musi mieć możliwość przedstawienia i obrony swoich racji. Dziś decyzje komisji penitencjarnej w tym zakresie są, zgodnie z art. 76 § 4 k.k., niezaskarżalne. W obliczu zarzutów co do powtarzalności istotne jest wprowadzenie systemowej, okresowej ewaluacji indywidualnych programów terapeutycznych.

Wśród całej masy konkluzji co do organizacji oddziaływań terapeutycznych w jednostkach penitencjarnych na koniec wypada przytoczyć kilka najważniejszych. Pilnego porządkowania wymaga czas pracy lekarzy psychiatrów i ich współdziałanie z zespołem terapeutycznym. Same oddziały terapeutyczne i ośrodki diagnostyczne należy doinwestować, doetatyzować i wyznaczyć im precyzyjnie zakres zadań. Specjalnego wsparcia wymagają psychologowie ogólnopenitencjarni, pracujący poza oddziałami specjalistycznymi ze względu na ich rolę we wstępnej diagnostyce, realizacji zaleceń zespołu terapeutycznego i prowadzeniu wielu mniej złożonych programów profilaktycznych. Ważnym aspektem poprawy jakości oddziaływań terapeutycznych byłoby szersze otwarcie się więziennictwa na współpracę z podmiotami zewnętrznymi (szpitale, poradnie uzależnień, zdrowia psychicznego, grupy AA). Przemyślenia w gronie specjalistów wymaga sprawa specjalizacji oddziałów terapeutycznych. W tym kontekście wskazuje się najczęściej na potrzebę wydzielenia placówek dla skazanych upośledzonych umysłowo czy też wy-

kazujących zaburzenia osobowości. W obecnych czasach nie można nie dostrzegać problemu starzenia się populacji więziennej i roli, jaką w tym zakresie mógłby odegrać system terapeutyczny. Uporządkowania wymaga także kwestia postępowania w ramach systemu terapeutycznego ze skazanymi niepełnosprawnymi fizycznie. Działaniem na dziś jest zniesienie (nieuruchomionych dotychczas) oddziałów dla niepełnosprawnych fizycznie i rozmieszczenie tych osób w celach między zdrowymi skazanymi. Warunkiem takiego rozwiązania jest jednak wcześniejsze dostosowanie tych pomieszczeń do potrzeb zdrowotnych tych osób. Na tle uwag sformułowanych w ramach Krajowego Mechanizmu Prewencji oczywiście wydaje się żądanie polepszenia infrastruktury oddziałów terapeutycznych. Od wielu lat w reakcji na kolejki oczekujących na terapię podnosi się pilną potrzebę rozbudowy sieci oddziałów terapeutycznych. Chodzi nie tylko o prosty przyrost miejsc, lecz także bardziej równomierne ich rozmieszczenie w skali kraju i dywersyfikację pod kątem typologii tych placówek (oddziały zamknięte, półotwarte i otwarte). Od dawna podnosi się konieczność zorganizowania na szeroką skalę badań epidemiologicznych w polskim więziennictwie. Ich wyniki pozwolą oszacować realne zapotrzebowanie na specjalistyczne oddziaływania i dopasować pod ich kątem dalsze działania na polu legislacyjnym i organizacyjnym.

Wszystkie sformułowane wyżej uwagi należy traktować jako propozycje wysunięte w ramach debaty nad przyszłością systemowych rozwiązań terapii osób odbywających karę pozbawienia wolności. Zapewne wymagają one dalszych analiz i pogłębionych badań, które z racji charakteru tej instytucji, powinny odbywać się w interdyscyplinarnym gronie. O tym, że system ten wymaga zmian, dyskutuje się niemal od jego powołania. Warto jednocześnie zauważyć, że jest on uznawany za jedną z najbardziej udanych konstrukcji wprowadzonych przepisami kodyfikacji karnej z 1997 roku.

Bibliografia

- Kwieciński A., *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym*, Warszawa 2017.
- Nawój A., *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w systemie programowanego oddziaływania*, Łódź 2007.

- Stańdo-Kawecka B., *Wykonywanie kary pozbawienia wolności w trzech systemach — uwagi krytyczne*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” 39, 2016.
- Stępnia P., *O indywidualizacji, systemach wykonywania kary pozbawienia wolności oraz wolnej progresji — głos polemiczny*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2014, nr 85.
- Stępnia P., *Polemicznie o systemach wykonywania kary pozbawienia wolności w świetle Europejskich Reguł Więziennych i doświadczeń francuskich*, [w:] *Modernizowanie więziennictwa. V Kongres Penitencjarny*, red. T. Bulenda, A. Rzepliński, Warszawa 2015.
- Szymanowski T., [w:] T. Szymanowski, Z. Świda, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz. Ustawy dodatkowe. Akty wykonawcze*, Warszawa 1998.

Evaluation and prospects for development of the therapeutic system of imprisonment

Summary

This publication focuses on the problems of imprisonment relating to those sentenced with mental disorders, addicted to drugs or other means of intoxication, as well as the physically handicapped. The proposals in this work are based not only on the study of specialized literature and an analysis of legislative measures, but also on pilot studies in therapeutic wards all over Poland. In the conclusions the proposals *de lege lata* and *de lege ferenda* have been included, with reference to this important feature of prison services.

Keywords: therapy, imprisonment, the sentenced, coercive treatment, mental disorders.