

Młodociani uzależnieni od środków odurzających lub psychotropowych w systemie terapeutycznym wykonywania kary pozbawienia wolności

ANNA KAROŃ-JAMIELUCHA
MAGDALENA ŁĄCZKOWSKA

Zakład Nauki o Karze i Środkach Penalnych
Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego

Zjawisko narkomanii jest postrzegane jako jeden z najgroźniejszych przejawów patologii społecznej. W ciągu wielu lat można zaobserwować, iż przybiera ono coraz większy zasięg i cechuje się dużą dynamiką rozwoju. Wpływ na to ma proces upowszechniania się narkomanii, zwłaszcza wśród osób młodych. W ostatnich latach zjawisko to obejmuje coraz szersze kręgi młodzieży. Do niedawna narkomania rozprzestrzeniła się głównie w szkołach średnich, obecnie coraz częściej systematycznemu kontaktowi z narkotykami poddawani są uczniowie szkół gimnazjalnych i podstawowych¹. Zwiększająca się dostępność i niezbyt wygórowane ceny środków odurzających wyraźnie wpływają na obniżenie się wieku inicjacji narkotykowej.

Pomimo iż samo nadużywanie narkotyków nie jest czynem kryminalnie bezprawnym, to jednak penalizacja obejmuje wiele czynów, które

¹ M. Kowalczyk-Jamnicka, *Przestępcza adaptacja młodocianych sprawców przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu*, Bydgoszcz 2006, s. 137.

prowadzą do ich zdobycia, (tj. produkcja narkotyków i ich posiadanie, obrót nimi itp.), co wpływa na wysoki wskaźnik przestępczości wśród narkomanów².

Z badań przeprowadzonych przez D. Sarzałę³ oraz wniosków A. Szymanowskiej⁴ wynika, że dynamika i rozszerzenie się zjawiska narkomanii, zwłaszcza w wypadku ludzi młodych, w środowisku otwartym znajduje również odzwierciedlenie wśród osób trafiających do jednostek penitencjarnych.

Przemiany, jakie nastąpiły w ostatnich kilkunastu latach w rozwoju zjawiska narkomanii, to: wzrost popytu i podaży na środki odurzające i substancje psychotropowe oraz diametralna zmiana wizerunku narkomana, który znajduje odzwierciedlenie wśród populacji osób trafiających do zakładów karnych i aresztów śledczych.

Z badań przeprowadzonych przez CBOS w dniach 30 czerwca — 6 lipca 2011 r. na liczącej 1080 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski wynika, że 7% dorosłych Polaków zażywało narkotyki oraz że zażywanie narkotyków jest najbardziej popularne w środowisku uczniów i studentów (39%) oraz respondentów w wieku 18–24 lat (28%). Dlatego też młodociani narkomani — jako najbardziej narażona grupa ulegająca wpływom, z uwagi na związaną z wiekiem ogólną niedojrzałość, skłonność do naśladownictwa i poszukiwania nowych doznań — osadzeni w zakładach penitencjarnych są obejmowani specjalistycznymi oddziaływaniami profilaktycznymi, leczniczymi, rehabilitacyjnymi i, co oczywiste, resocjalizacyjnymi. Więzienie podejmuje szereg przedsięwzięć wychowawczo-informacyjnych, organizacyjnych, kadrowo-szkoleniowych, analitycznych itp., mających zapewnić takim osobom możliwość uniezależnienia się od środków odurzających albo psychotropowych, a także ułatwić im readaptację społeczną po zwolnieniu z zakładów karnych⁵.

² D. Sarzała, *Narkomania jako zjawisko patologii społecznej i problem penitencjarny*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2007, nr 56–57, s. 108.

³ *Ibidem*, s. 100.

⁴ A. Szymanowska, *Więzienie i co dalej*, Warszawa 2003, s. 50.

⁵ *Postępowanie z narkomanami osadzonymi w zakładach penitencjarnych*, red. T. Kolarczyk, J. Kubiak, Warszawa 1988, s. 1.

Młodociani uzależnieni od substancji odurzających i psychotropowych w systemie terapeutycznym w świetle przepisów k.k.w.

W przepisach k.k.w. w zasadzie nie ma definicji młodocianego. Z art. 84 § 1 k.k.w. wynika, że skazani, którzy nie ukończyli 21. roku życia, odbywają karę w zakładzie karnym dla młodocianych. Zmiana przepisu art. 84 § 1 k.k.w., wprowadzona do Kodeksu przez ustawę z 2003 r.⁶, spowodowała, że pojęcie młodocianego jest inaczej rozumiane w prawie karnym materialnym⁷ niż w prawie karnym wykonawczym. W postępowaniu wykonawczym do skazanego, który ukończył 21. rok życia, są stosowane ogólne zasady wykonywania kary pozbawienia wolności. Należy się zgodzić ze stanowiskiem S. Leleńta, iż nie można dopuszczać do tego, aby w szeroko rozumianym prawie karnym to samo pojęcie miało dwa odmienne znaczenia⁸.

Status młodocianego w postępowaniu wykonawczym mają również nieletni w wieku 15–17 lat, skazani w warunkach określonych w art. 10 § 2 k.k.⁹ Powstaje, jak trafnie wskazuje T. Bulenda¹⁰, swoisty paradoks — sąd, skazując takiego sprawcę, stosuje zasady prawnokarne właściwe nieletniemu, a organ wykonawczy — zasady właściwe młodocianemu¹¹.

⁶ Ustawa z dnia 24 lipca 2003 r. o zmianie ustawy — Kodeks karny wykonawczy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 142, poz. 1380).

⁷ Według art. 115 § 10 k.k. młodocianym jest sprawca, który w chwili popełnienia czynu zabronionego nie ukończył 21 lat, a w chwili orzekania — 24 lata.

⁸ S. Leleńta, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 373.

⁹ Zgodnie z art. 10 § 2 k.k., nieletni, który po ukończeniu 15 lat dopuszcza się czynu zabronionego określonego w art. 134, art. 148 § 1, art. 156 § 1 lub 3, art. 163 § 1 i 3, art. 166, art. 173 § 1 lub 3, art. 197 § 3 lub 4, art. 252 § 1 lub 2 oraz 280, może odpowiadać na zasadach określonych w kodeksie, jeżeli okoliczności sprawy oraz stopień rozwoju sprawcy, jego właściwości i warunki osobiste za tym przemawiają, a w szczególności jeżeli poprzednio stosowane środki wychowawcze lub poprawcze okazały się bezskuteczne.

¹⁰ T. Bulenda, *Kategoryzacja skazanych w postępowaniu penitencjarnym*, [w:] *Więziennictwo na początku XXI wieku. III Kongres penitencjarny*, red. T. Bulenda, W. Knap, Z. Lasocik, Warszawa 2007, s. 103–104.

¹¹ G.B. Szczygieł, *Skazani młodociani w warunkach izolacji penitencjarnej*, [w:] *Prawo karne wykonawcze w systemie nauk kryminologicznych. Księga pamiątkowa ku czci Profesora Leszka Boguni*, red. T. Kalisz, Wrocław 2011, s. 205.

Przepis art. 95 § 1 k.k.w. stanowi, że skazani młodociani odbywają karę pozbawienia wolności obligatoryjnie w systemie programowanego oddziaływania. Do systemu tego, zgodnie z art. 97 § 3 k.k.w., komisja penitencyjna może także kierować skazanymi młodocianymi uzależnionymi od środków odurzających lub psychotropowych, jeżeli nie wymagają oni oddziaływania specjalistycznego. Skazany młodociany jest przenoszony do systemu terapeutycznego na podstawie art. 95 § 4 k.k.w., jeżeli wymaga oddziaływania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej lub rehabilitacyjnej (art. 96 § 1 k.k.w.).

Przepisy obowiązującego prawa karnego wykonawczego co do zasady przewidują stosowanie przymusu resocjalizacyjnego w trakcie wykonywania kary. Więzień uzależniony od narkotyków ma możliwość decydowania o tym, czy chce skorzystać z oferty resocjalizacyjno-terapeutycznej. Ustawodawca zrezygnował z przymusowych oddziaływań resocjalizacyjnych, które istniały w k.k.w. z 1969 r.¹², na rzecz koncepcji woliwotno-decyzyjnej¹³. Analizując problemy narkomanii wśród osób pozbawionych wolności na gruncie prawa karnego wykonawczego, należy jednak zaznaczyć, że odrzucenie przymusu resocjalizacyjnego nie jest bezwzględne. Kodeks karny wykonawczy przewiduje bowiem wyjątki od fakultatywnej resocjalizacji skazanego. Zgodnie z art. 116 pkt 3 k.k.w. osoba pozbawiona wolności ma obowiązek poddania się leczeniu i rehabilitacji. Z kolei przepis art. 117 k.k.w. stanowi, że skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od środków odurzających lub psychotropowych, obejmuje się za jego zgodą odpowiednim leczeniem i rehabilitacją, a w razie jej braku o stosowaniu leczenia lub rehabilitacji orzeka sąd penitencyjny¹⁴. W praktyce złudna jest dobrowolność poddania się terapii — wprawdzie skazanego uzależnionego obejmuje się terapią za jego zgodą, jednakże w wypadku braku takiej zgody o stosowaniu

¹² Zgodnie z art. 61 k.k.w. z 1969 r. na skazanym ciążył obowiązek poddania się zarządzonemu przez lekarza leczeniu odwykowemu. W wypadku odmowy można było w stosunku do niego zastosować przymus bezpośredni. Zob. Ustawa z 19 kwietnia 1969 r. — Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 1969 r., Nr 13, poz. 98 ze zm.).

¹³ D. Sarzała, *Prawne regulacje dotyczące zjawiska narkomanii a problem prewencji i profilaktyki*, [w:] *Narkomania. Spojrzenie wielowymiarowe*, red. M. Jędrzejko, Warszawa 2009, s. 425.

¹⁴ *Ibidem*, s. 426.

terapii orzeka sąd penitencjarny. Skierowanie na terapię nie następuje na wniosek samego zainteresowanego, lecz w wyniku decyzji komisji penitencjarnej, podejmowanej na podstawie opinii specjalistów. Cały obowiązujący w tym zakresie system prawny opiera się nie na zasadzie dobrowolności, lecz na zasadzie konstruktywnego przymusu¹⁵.

Przepis art. 81 k.k.w. stanowi, że kara pozbawienia wolności jest wykonywana w jednym z trzech systemów, czyli zwykłym, programowanego oddziaływania lub terapeutycznym. Zgodnie z art. 96 § 1 k.k.w. do systemu terapeutycznego skazani są kierowani tylko wówczas, kiedy wymagają oddziaływań specjalistycznych, a zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej i rehabilitacyjnej. System ten jest więc przechodni — stosowany przez określony czas; świadczy o tym fakt, iż w wypadku, gdy skazany uzależniony od środków odurzających lub psychotropowych nie wymaga oddziaływań terapeutycznych, zostaje przeniesiony do innego systemu wykonywania kary. Młodociany, który zakończył terapię w systemie terapeutycznym i nie ukończył 21 lat, zostaje przeniesiony do systemu programowanego oddziaływania, gdyż ten system jest dla niego obligatoryjny.

Zgodnie z art. 96 § 2 k.k.w. w systemie tym odbywają karę również osoby skazane w warunkach, o których stanowi przepis art. 95 § 1 k.k.¹⁶

Obligatoryjnie kierowani do systemu terapeutycznego są skazani uzależnieni od narkotyków (art. 96 § 1 i 2 k.k.w.), którzy zostali skierowani do tego systemu na mocy wyroku sądu (art. 62 k.k.) lub w wypadku, gdy sąd tego nie określił, na mocy decyzji komisji penitencjarnej (art. 76 § 1 pkt 2). Ten drugi tryb jest w praktyce dominujący¹⁷.

Zmianę orzeczonego wyroku o odbyciu kary w systemie terapeutycznym może orzec tylko sąd penitencjarny, a po wydaniu postanowienia przez ten sąd decyzję w tej sprawie może podjąć komisja

¹⁵ A. Majcherczyk, *Specyfika terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych w zakładach karnych*, „Alkoholizm i Narkomania” 20, 2007, nr 3, s. 326.

¹⁶ Zgodnie z art. 95 § 1 k.k., skazując sprawcę na karę pozbawienia wolności za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 k.k., sąd może orzec umieszczenie sprawcy w zakładzie karnym, w którym stosuje się środki lecznicze lub rehabilitacyjne.

¹⁷ S. Lelental, *op. cit.*, s. 412.

penitencjarna¹⁸. Decyzja o skierowaniu skazanego do systemu terapeutycznego ma charakter klasyfikacyjny (art. 82 k.k.w.) i opiera się na odpowiednich badaniach osobopoznawczych (art. 82 § 3 k.k.w.) oraz uwzględnia stan zdrowia fizycznego i psychicznego skazanego (art. 82 § 2 pkt 6 k.k.w.)¹⁹.

Karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym wykonuje się przede wszystkim w oddziale terapeutycznym o określonej specjalizacji, określonej przepisem § 15 rozp. MS z 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. Nr 151, poz. 1469)²⁰. Wynika z tego, że przepisy k.k.w. (art. 96 § 4, art. 76 § 1 pkt 8) przewidują w istocie dwa sposoby odbycia kary w tym systemie: jeden w oddziale terapeutycznym, drugi zaś poza tym oddziałem²¹.

Oddziaływania terapeutyczne na młodocianych

Obecnie nie budzi wątpliwości fakt, iż ta szczególna kategoria osadzonych, podczas pobytu w zakładzie karnym powinna być objęta specjalistycznym oddziaływaniem²². Zalecane w aktach międzynarodowych, potwierdzone w k.k.w. i wydanych na jego podstawie aktach prawnych o charakterze podstawowym zasady wykonywania kary pozbawienia wolności nakazują takich osadzonych traktować odmiennie od pozostałych — przede wszystkim zapobiegać pogłębianiu się ich zaburzeń oraz wdrażać tych skazanych w normalny nurt życia społecznego²³.

¹⁸ Z. Hołda, K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Gdańsk 2005, s. 390.

¹⁹ D. Sarzała, *Prawne regulacje...*, s. 425.

²⁰ S. Leleńtal, *op. cit.*, s. 413.

²¹ Zob. § 22 rozporządzenia MS z 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. Nr 151, poz. 1469) oraz S. Leleńtal, *op. cit.*, s. 414.

²² A. Kwiecieński, *Skazani odbywający karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym*, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” XVIII, Wrocław 2005, s. 284.

²³ Zgodnie z Regulami Minimalnymi przyjętymi na 1 Kongresie ONZ, poświęconym sprawie postępowania z więźniami i zapobiegania przestępczości, skazanych odlegających od normy psychicznej, niebędących chorymi psychicznie, należy poddać

Zgodnie z art. 83 § 3 k.k.w. skazani poddawani są w miarę potrzeby, za ich zgodą, badaniom psychologicznym, a także psychiatrycznym. Badania przeprowadza się w ośrodkach diagnostycznych²⁴. Obecnie funkcjonuje 15 ośrodków diagnostycznych — po jednym w każdym okręgowym inspektoracie Służby Więziennej. W 2010 r., podobnie jak w latach poprzednich, spośród skazanych kierowanych na badania najliczniejszą grupę stanowili młodociani, którym pozostało co najmniej 6 miesięcy do nabycia prawa o ubieganie się o warunkowe zwolnienie. Wydano w ich wypadkach 1309 orzeczeń psychologiczno-penitencjarnych²⁵.

W ostatnich latach doszło do znacznej rozbudowy bazy terapeutycznej dla osób uzależnionych od narkotyków. W 2006 r. istniało 12 oddziałów dla uzależnionych od narkotyków o łącznej pojemności 449 miejsc zakwaterowania, natomiast w 2009 r. było tych oddziałów już 15 na łącznie 549 miejsc. Aktualnie baza terapeutyczna dysponuje 16 oddziałami, w tym 11, w których mogą odbywać karę młodociani.

Terapeutyczne programy uzależnień, prowadzone we wszystkich oddziałach dla uzależnionych, należą do kategorii programów poznawczo-behawioralnych. Niezwykle istotne jest, aby system działał wydolnie, sprawnie i obejmował swym zakresem maksymalnie duże grupy skazanych. Program oddziału terapeutycznego powinien ewoluować i nie należy go realizować w kształcie, który pozostaje przez lata niezmieniony.

Wszystkie programy terapeutyczne są opracowane głównie po to, by realizować dwa podstawowe cele: zapobieganie powrotowi do przestępstwa oraz abstynencję, a ponadto wiele celów szczegółowych. Dostępny

obserwacji i leczeniu w zakładach specjalistycznych pozostających pod kierownictwem lekarskim (Reg. 83 ust. 2). Grupa konsultacyjna ONZ wysunęła wówczas dalsze postulaty dotyczące odrębnego traktowania tych skazanych. Por. S. Walczak, *Prawo penitencjarne. Zarys systemu*, Warszawa 1972; P. Wierzbicki, *Konwencje, rezolucje i zalecenia dotyczące praktyki penitencjarnej*, Warszawa 1986; *Reguły Minimalne ONZ*, „Przegląd Więziennictwa” 1958, nr 4, [w:] A. Kwieciński, *op. cit.*, s. 285.

²⁴ Zasady organizacji i warunki przeprowadzania badań psychologicznych i psychiatrycznych w ośrodkach diagnostycznych, powołanych w zakładach karnych i aresztach śledczych, reguluje Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 marca 2000 r. (Dz.U. z 18 kwietnia 2000 r., Nr 29, poz. 369).

²⁵ J. Kudiuk, A. Zboina-Domowicz, *Funkcjonowanie Ośrodków Diagnostycznych, [w:] Oddziaływania penitencjarne i terapeutyczne w zakładach karnych i aresztach śledczych w 2010 r.*, red. T. Głowik, Warszawa 2011, s. 89–91.

środkami oddziaływania są: oddziaływania poprzez społeczność oddziału terapeutycznego, grupy terapeutyczne, przemyślany przydział pacjentów do poszczególnych terapeutów, a także kary dyscyplinarne w razie naruszenia regulaminu²⁶. Sam fakt przejścia z sukcesem terapii uzależnienia może spowodować istotne zmniejszenie prawdopodobieństwa recydywy.

Występuje też pewne zróżnicowanie w metodach, zakresie i sposobach prowadzenia terapii w poszczególnych subpopulacjach. Istnieje wyraźna specyfika terapii skazanych: młodocianych mężczyzn i młodocianych kobiet²⁷. W wypadku tej grupy skazanych dodatkowo są potrzebne inne oddziaływania, w szczególności szerszej zakrojona restrukturyzacja sfery poznawczej, obejmująca prezentowane przez nich zniekształcenia poznawcze, postawy i wzorce zachowań, mające ogromny wpływ na popełnianie przestępstw.

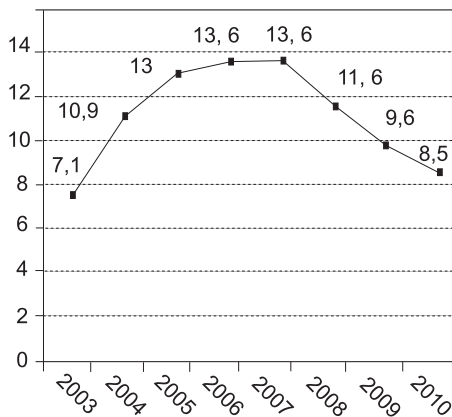
Model uzależnienia osób młodych jest najczęściej następujący: osoby te najpierw związały się z grupami przestępczymi, uzależniły się od narkotyków, trafiły do zakładów karnych, a następnie do oddziałów terapeutycznych. Przeważnie są to skazani gorzej wykształceni, zdemoralizowani, wymagający większej uwagi. W wypadku tych pacjentów zazwyczaj nie ma się do czego odwołać w procesie terapii z uwagi na fakt, iż osoby te uzależniły się od środków psychotropowych w bardzo młodym wieku, jeszcze zanim zdołała ukształtować się w sposób dojrzały sfera społeczna, poznawcza i afektywna. Dlatego też zachodzi wątpliwość, czy w odniesieniu do tej grupy osadzonych sama tylko terapia antynarkotykowa będzie miała zarazem walor prewencji zachowań przestępczych.

Istotnym problemem jest długi czas oczekiwania skazanych na przyjęcie do oddziału, który w 2006 r. wynosił około 13,6 miesiąca. Obecnie, mimo że czas oczekiwania jest krótszy, to i tak wynosi średnio 8,5 miesiąca. W wypadku skazanych kobiet uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych jeszcze w 2009 r. baza terapeutyczna była wystarczająca i skazane przyjmowano do oddziałów terapeutycznych na bieżąco. Aktualnie czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału dla uzależnionych kobiet wynosi około 3 miesięcy. Wielomiesięczne oczekiwanie

²⁶ K. Dubiel, A. Majcherczyk, *Polski system terapii skazanych uzależnionych od narkotyków*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2006, nr 52–53, s. 51–71.

²⁷ A. Majcherczyk, *op. cit.*, s. 337.

na przyjęcie do oddziału powoduje, że w niektórych wypadkach skazani uzależnieni opuszczają zakład karny bez odbycia terapii.



Wykres 1. Średni czas oczekiwania skazanych uzależnionych od narkotyków na przyjęcie do oddziału terapeutycznego (w miesiącach) w kolejnych latach

Źródło: A. Majcherczyk, *Funkcjonowanie więziennego systemu terapii skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych*, [w:] *Oddziaływanie penitencjarne i terapeutyczne w zakładach karnych i aresztach śledczych*, red. T. Głowik, Warszawa 2011, s. 66.

Mając na uwadze, że około 34% skazanych młodocianych odbywa kary krótkoterminowe w wymiarze do 1 roku, można przypuszczać, że wśród tych skazanych były również osoby uzależnione, które pomimo iż kwalifikowały się do odbycia kary w systemie terapeutycznym, nie miały takiej możliwości. Przyjmując, że średni czas oczekiwania na terapię to około 8 miesięcy oraz że program w oddziale terapeutycznym trwa 6 miesięcy, można domniemywać, iż ta część skazanych nie jest objęta oddziaływaniami terapeutycznymi przeciwdziałającymi uzależnieniu od narkotyków. Krótki termin realizacji programów terapeutycznych dla uzależnionych, trwający zaledwie 6 miesięcy, może nie być zbyt skuteczny, co spowoduje, że większość skazanych młodocianych wróci do pierwotnych wzorców zachowań. Zdaniem K. Dubiela i A. Majcherczyka „skazani ci wymagają innych metod oddziaływania oraz dostosowania programu do ich stylu uczenia się. Impulsywni młodzi ludzie reagują najlepiej na metody aktywne, konkretne oraz dobrze strukturalizowane. Mniej treści abstrakcyjnych, mniej prac pisemnych, za to więcej treningu

umiejętności, więcej przekazu na poziomie konkretnym, bardziej aktywny i urozmaicony sposób prowadzenia zajęć w grupie terapeutycznej”, zwłaszcza że są to skazani niemotywowani, opornie nastawieni do terapii, sprawiający trudności wychowawcze i nieprzestrzegający obowiązujących w oddziale zasad. Tym bardziej w stosowanych działaniach wobec tych niewątpliwie trudnych przypadków podejmowane czynności powinny być konsekwentne, stanowcze i jednoznaczne. Złożone formy oddziaływań wymagają większych nakładów etatowych, szkoleniowych i finansowych²⁸.

Tabela 1. Skazani młodociani według wymiaru odbywania kary zasadniczej (stan na 30 września 2010 r.)

Wymiar kary	Liczba	Udział procentowy
Od 1 miesiąca do 3 miesięcy	22	1,03
Powyżej 3 miesięcy do 6 miesięcy	189	8,84
Powyżej 6 miesięcy do 1 roku	529	24,74
Powyżej 1 roku do 1 roku 6 miesięcy	283	13,24
Powyżej 1 roku 6 miesięcy do 2 lat	466	21,80
Powyżej 2 lat do 3 lat	363	16,98
Powyżej 3 lat do 5 lat	202	9,45
Powyżej 5 lat do 10 lat	50	2,34
Powyżej 10 lat do 15	20	0,93
25 lat	12	0,56
Kara dożywotniego pozbawienia wolności	2	0,09
Ogółem	2138	100,00

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych z Ministerstwa Sprawiedliwości, Centralny Zarząd Służby Więziennej, *Informacja o wykonywaniu kary pozbawienia wolności i tymczasowego aresztowania*, <http://sw.gov.pl>. (data dostępu: 2011 rok)

Główną barierą w udoskonalaniu programów terapeutycznych są wspomniane koszty leczenia. Bieżące koszty funkcjonowania oddziałów leczniczo-wychowawczych dla narkomanów są o wiele wyższe niż

²⁸ K. Dubiel, A. Majcherczyk, *op. cit.*

oddziałów leczniczo-wychowawczych przeznaczonych dla innych skazanych, wymagających odrębnego traktowania. Wynika to z wysokiego odsetka nosicieli wirusa HIV wśród skazanych narkomanów. Wymagają oni okresowych, bardzo kosztownych badań odpornościowych i jeszcze bardziej kosztownego leczenia zapobiegawczego po wystąpieniu objawów chorobowych lub schorzeń pokrewnych.

W większości oddziałów jest prowadzona dobrze zorganizowana terapia zajęciowa. Oddział znajdujący się w Areszcie Śledczym w Kielcach realizuje własne, autorskie programy readaptacyjne, których głównym celem jest utrwalenie motywacji u skazanych narkomanów do dalszego leczenia po odbyciu kary²⁹. Należy pamiętać, iż efekty programów terapeutycznych po jakimś czasie zanikają, jeśli nie wzmacnia się zmian w zachowaniu i nie podtrzymuje motywacji do zmiany dotychczasowego stylu życia. Prowadzone oddziaływania terapeutyczne już w istniejących oddziałach muszą być troskliwie pielęgnowane i wspierane na co dzień³⁰.

Polskie programy więziennych oddziałów terapeutycznych dla osób uzależnionych są zbliżone do oferty placówek wolnościowych, ale uwzględniają również specyfikę człowieka, który znalazł się w izolacji więziennej.

Problematyka zjawiska narkomanii w polskich jednostkach penitencjarnych

Zagadnienie narkomanii nie jest w Polsce nowe. Na przestrzeni lat można zaobserwować poszczególne fazy rozwojowe tego problemu, różniące się jego nasileniem, modelem odurzania się oraz populacją uzależnionych osób. Znaczenie tego zjawiska było jednak marginalne i dotyczyło wyłącznie osób dorosłych, dobrze wykształconych ze środowisk artystycznych lub medycznych³¹.

²⁹ K. Dubiel, *Projekt ustawy o zapobieganiu narkomanii a problemy więziennictwa*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 1997, nr 15, s. 99–100.

³⁰ K. Dubiel, A. Majcherczyk, *op. cit.*, s. 69–71.

³¹ M. Staniaszek, *Wybrane zagadnienia narkomanii w Polsce*, [w:] *Postępowanie z narkomanami...*, s. 4.

Polskie więziennictwo z problemem narkotyków zetknęło się w latach 70. ubiegłego wieku, co było związane z funkcjonowaniem w tych czasach podkulturowych ruchów hipisowskich. Narkotyki zaczęły rozpowszechniać się w nowym, dotychczas „narkotycznie czystym”, środowisku, a mianowicie wśród młodzieży — głównie wśród uczniów i studentów³². Dostęp do narkotyków wówczas był jednak znacznie ograniczony, a substancje odurzające znajdowały się tylko w reglamentowanym obrocie farmaceutycznym, dlatego też najczęściej popełnianym przez narkomanów przestępstwem było fałszowanie recept lekarskich i włamywanie się do aptek³³. Do tego czasu podstawowymi używkami stosowanymi przez osoby pozbawione wolności był alkohol, tytoń lub herbata. Wspólne picie bardzo mocnej herbaty, zwanej „czajem” lub „parzącą”³⁴, powodujące integrację w nieformalnych grupach podkulturowych, było typowym działaniem z zakresu toksykomanii, mającym na celu wprowadzenie się w stan odurzenia.

Od 1979 r. zaobserwowano bardzo gwałtowny wzrost zjawiska narkomani, co było spowodowane opracowaniem przez narkomanów z Gdańska metody uzyskiwania domowym sposobem „kompotu” z maku ogrodowego lub uprawnego. Wiązało się to z upowszechnieniem praktyki odurzania się wśród coraz młodszych konsumentów³⁵.

Pierwsze badania sondażowe na temat narkomanii w polskich zakładach karnych przeprowadzono w latach 1981 i 1984, ustalając liczby skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych odpowiednio na 180 i 454 osoby przy liczbie osadzonych 83 450 i 83 385³⁶. Z badań tych wynikało, że w ciągu 3 lat liczba osób uzależnionych wzrosła ponad dwukrotnie, co świadczy o tym, iż pomimo trudnego dostępu do substancji narkotykowych problem narkomanii narastał w szybkim tempie.

³² *Ibidem*, s. 6.

³³ S. Szkodziński, *Kryminologiczna charakterystyka narkomani w Polsce*, [w:] *Postępowanie z narkomanami...*, s. 67.

³⁴ T. Kolarczyk, *Skazani używający środków odurzających lub psychotropowych*, [w:] *Rozwój penitencjarystyki w PRL*, red. P. Wierzbicki, Warszawa 1988, s. 304.

³⁵ *Ibidem*, s. 289.

³⁶ K. Dubiel, A. Majcherczyk, *op. cit.* Por. T. Kolarczyk, *op. cit.*, s. 304–307.

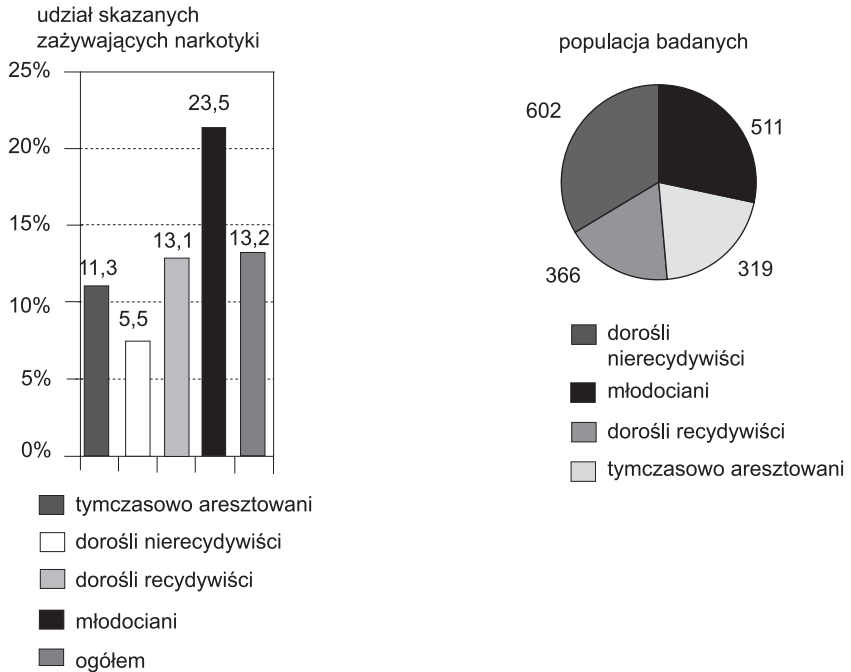
W wyniku tych badań w AŚ Warszawa Mokotów otwarto w 1984 r. pierwszy oddział leczniczo-terapeutyczny dla skazanych uzależnionych od narkotyków. Kolejne oddziały powstały w 1986 r. w ZK w Rawiczu, ZK we Wronkach oraz w AŚ w Elblągu. W 1987 r. utworzono — jedyny jak dotąd — oddział dla kobiet w ZK w Lublińcu. Początkowo liczba tych oddziałów rosła powoli, w latach 90. nieco szybciej, a proces ten nabrał tempa po 2000 r.³⁷

Pierwsze reprezentatywne badania epidemiologiczne nad zjawiskiem narkomanii w 18 zakładach karnych i aresztach śledczych przeprowadzono w 1987 r. Były to badania ankietowe nad 1798 osadzonymi mężczyznami. Grupa ta obejmowała 319 tymczasowo aresztowanych, 602 dorosłych nierecydywistów, 366 dorosłych recydywistów i 511 młodocianych. Do zażywania narkotyków przed osadzeniem w jednostkach penitencjarnych przyznało się ponad 13% osadzonych, w tym: 23,5% skazanych młodocianych, 13% recydywistów, 5,5% dorosłych nierecydywistów i 11% tymczasowo aresztowanych. Na tej podstawie można było stwierdzić, przenosząc te wyniki na całą populację osadzonych w 1987 r., że doświadczenie z substancjami odurzającymi miało około 10 000 osadzonych, z tego około 1300 skazanych młodocianych³⁸. Badania te wykazywały, że największy procent uzależnień miał miejsce wśród młodocianych, co potwierdza przekonanie, że to osoby w młodym wieku są bardziej podatne na tego rodzaju używki.

Z badań tych wynikało również, że osoby uzależnione najczęściej sięgały po substytuty narkotyków, jakimi są substancje wziewne, tzw. depresanty — łatwo dostępne, legalne i tanie substancje, tj. rozpuszczalniki czy kleje (43,5%), barbiturany i leki (26%) czy też uzyskiwana domowymi sposobami „polska heroina” (31%), którą pozyskiwano z maku. Tak powszechne w dzisiejszych czasach konopie indyjskie (7%), kokaína (1%) czy amfetamina nie funkcjonowały prawie na „polskim rynku narkotykowym”.

³⁷ A. Majcherczyk, *Specyfika terapii...*, s. 322.

³⁸ L. Skubis, *Wyniki badań nad zjawiskiem odurzania się przez osoby osadzone w aresztach śledczych i zakładach karnych*, [w:] *Postępowanie z narkomaniami...*, s. 131. Por. J.J. Wąsik, *Zwalczanie narkomanii u osób pozbawionych wolności w Polsce*, [w:] *Zwalczanie narkomanii w Polsce i na świecie*, red. J.J. Wąsik, M. Staniaszek, Wrocław 1993, s. 265.



Wykres 2. Badania epidemiologiczne nad zjawiskiem narkomanii w 18 zakładach karnych i aresztach śledczych przeprowadzone w 1987 r.

Źródło: L. Skubis, *Wyniki badań nad zjawiskiem odurzania się przez osoby osadzone w aresztach śledczych i zakładach karnych*, [w:] *Postępowanie z narkomanami osadzonymi w zakładach penitencjarnych*, red. T. Kolarczyk, J. Kubiak, Warszawa 1988.

Tabela 2. Rodzaj najczęściej używanego narkotyku (środka psychotropowego) (%)

Rodzaj zażywanej substancji	% więźniów
Substancje wziewne, tj. rozpuszczalniki i kleje	43,5
Barbiturany i leki	26
„Polska heroina”	31
Marihuana i haszysz	7
Kokaina	1
Amfetamina	1

Źródło: L. Skubis, *op. cit.*

Populacja osadzonych osób uzależnionych od narkotyków w latach 80. pochodziła głównie z środowisk robotniczych, zwykle o niskim wykształceniu i statusie społecznym, z reguły też pochodzących z patologicznych środowisk.

Dynamiczny wzrost narkomanii przypadł na 90. lata XX wieku i miał niewątpliwy związek z przemianami ustrojowymi w Polsce oraz otwarciem się na nowe kulturowe trendy i bezkrytycznym przyjmowaniem mody z innych krajów. Bezrefleksyjnie przejmowano wiele zachodnioeuropejskich i amerykańskich wzorów zachowań, w tym także skłonność do eksperymentowania z narkotykami. W tym okresie nastąpił też znaczny wzrost domowej produkcji środków odurzających, próby nielegalnych upraw na lokalnym terenie, a także zużycie uzależniających leków psychotropowych oraz rozpowszechniła się moda na halucynogeny.

Z danych Centralnego Zarządu Służby Więziennej z kolejnych 10 lat wynikało, że w 10 oddziałach terapeutycznych poddawano rehabilitacji 400 skazanych narkomanów w skali roku³⁹.

W tym samym czasie nowym problemem wśród populacji skazanych uzależnionych od narkotyków było pojawienie się nosicieli wirusa HIV. W 1990 r. w jednostkach penitencjarnych przebywało 96 takich skazanych, natomiast w 1995 r. ich liczba wzrosła do 896. Jak widać, wzrost następował w postępie geometrycznym, a należy pamiętać, że dotyczył jedynie narkomanów⁴⁰.

Z badań prezentowanych przez A. Szymanowską⁴¹, przeprowadzonych od kwietnia do października 2000 r., wynika, że wśród skazanych najczęściej kontakt z narkotykami miały osoby najmłodsze (44,2 %).

Z badań tych wynikało również, że 8,6% młodocianych próbowało narkotyków tylko raz, a 28,8% zdarzyło się to co najmniej kilka razy. Do systematycznego zażywania narkotyków wśród grupy młodocianych przyznało się 6,7% skazanych. Jedynie 3% młodocianych przyznało się natomiast do uzależnienia od narkotyków. Zdaniem A. Szymanowskiej nie można jednak wykluczyć, że uzależnione od narkotyków były również te osoby, które przyznały się do systematycznego zażywania narkotyków⁴².

³⁹ K. Dubiel, A. Majcherczyk, *op. cit.*, s. 53.

⁴⁰ K. Dubiel, *Projekt ustawy...*, s. 98.

⁴¹ A. Szymanowska, *op. cit.*, s. 49–52.

⁴² *Ibidem*, s. 52.

Tabela 3. Stosunek badanych do narkotyków (%)

Stosunek do narkotyków	Skazani			ogółem N = 358
	młodociani N = 163	dorośli 1 raz karani N = 115	recydywiści N = 80	
Nigdy nie brał narkotyków	54,6	88,7	90,0	73,5
Próbował, ale niesystematycznie	37,5	8,7	2,5	20,4
Systematycznie, w tym: — uzależnieni	6,7 3,0	2,6 –	7,5 3,5	5,6 2,2
Brak danych	1,2	–	–	0,5
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0

Źródło: A. Szymanowska, *Więzienie i co dalej*, Warszawa 2003; Badania przeprowadzone w ramach realizacji programu badawczego pt. „Skuteczność reformowanego prawa karnego w Polsce”. Kierownikiem projektu był prof. dr hab. T. Szymanowski.

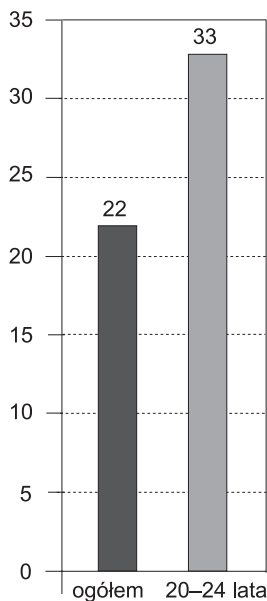
Tabela 4. Rodzaj najczęściej używanego narkotyku (środka psychotropowego) (%)

Rodzaj substancji	Skazani				Ogółem	
	młodociani		dorośli 1 raz karani			
	N = 71	[N = 163]	N = 12	[N = 115]	N = 83	[N = 275]
Różne	21,1	[9,2]	8,3	[0,9]	19,3	[5,2]
Amfetamina	15,6	[6,7]	–	–	13,2	[4,0]
Marihuana	39,4	[17,2]	41,7	[4,3]	39,8	[12,0]
Wziewne (kleje)	19,7	[8,6]	50,0	[5,2]	24,1	[7,8]
LSD	4,2	[1,3]	–	–	3,6	[1,2]
Razem	100,0		100,0		100,0	

Źródło: A. Szymanowska, *op. cit.*

Okazją do próbowania były „imprezy”. Najczęściej zażywane narkotyki to: marihuana, kleje i amfetamina.

W 2001 r. został zrealizowany przez Instytut Psychiatrii i Neurologii program badawczy ukierunkowany m.in. na ocenę rozmiarów i charakteru problemów używania narkotyków i narkomanii w jednostkach penitencjarnych. Badania ankietowe przeprowadzono na losowej, reprezentatywnej próbie 1186 mężczyzn, osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych położonych na terenie całego kraju. Z badań tych wynika, że średnio co piąty osadzony (19,5%), a w grupie najmłodszych skazanych (17–24 lata) bez mała co trzeci (30%), okazjonalnie zażywał narkotyki przed pozbawieniem wolności⁴³.



Wykres 3. Procentowy udział więźniów zażywających narkotyki

Źródło: K. Dubiel, A. Majcherczyk, *Polski system terapii skazanych uzależnionych od narkotyków*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” nr 52–53, Warszawa 2006, s. 53–55.

⁴³ E. Habzda-Siwek, *Wybrane problemy realizacji systemu terapeutycznego wykonywania kary pozbawienia wolności w polskim systemie penitencjarnym*, [w:] *Problemy penologii i praw człowieka na początku XXI stulecia. Księga poświęcona pamięci Profesora Zbigniewa Hołdy*, red. B. Stańdo-Kawecka, K. Krajewski, Warszawa 2011, s. 377.

Tabela 5. Rodzaj zażywanych substancji

Substancja	Odpowiedzi [w %]
Leki uspokajające i nasenne nieprzepisane przez lekarza	25,6
Marihuana i haszysz	21,3
Amfetamina	15,6
LSD i inne halucynogeny	5,1
Kokaina	5,0
Ecstasy	4,7

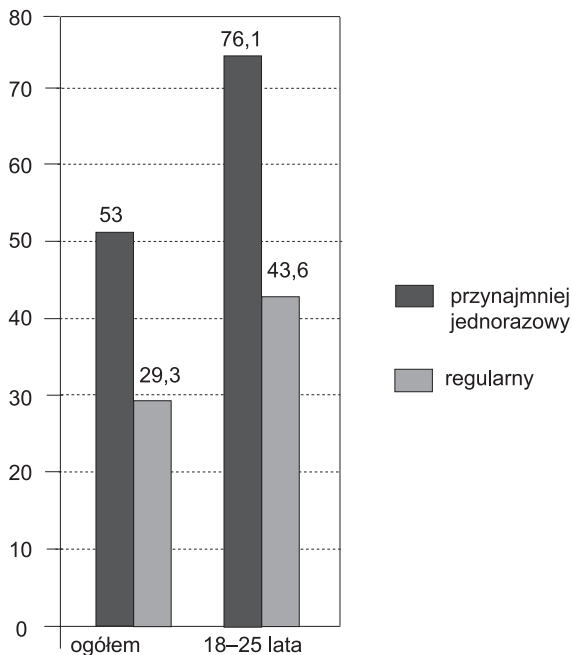
Źródło: K. Dubiel, A. Majcherczyk, *op. cit.*

Wizerunek narkomana zdecydowanie zaczął różnić się od tego, który funkcjonował od wielu lat w społeczeństwie. Narkomanem nie była tylko osoba zaniedbana czy bezdomna, pojawił się bowiem nowy rynek zbytu, który zaczęły stanowić osoby o wysokim statusie społecznym, pozostający na utrzymaniu rodziców, którzy w towarzystwie kolegów lub znajomych zaczęli eksperymentować z różnymi środkami, zwłaszcza podczas zabawy. Najczęściej zażywanymi narkotykami były: marihuana, haszysz, amfetamina czy substancje wziewne⁴⁴.

W wyniku badań opublikowanych przez D. Sarzałę, które zostały przeprowadzone w listopadzie 2005 r. na losowej, reprezentatywnej próbie 430 skazanych mężczyzn, przebywających w AŚ Warszawie Białołęce, stwierdzono rozprzestrzenianie się zjawiska narkomanii głównie w środowisku ludzi młodych.

Z badań tych wynikało, iż 29,3% skazanych oświadczyło, że zażywało narkotyki regularnie przed umieszczeniem w jednostce penitencjarnej, natomiast 12,5% osadzonych uznało się za uzależnionych od narkotyków. W grupie wiekowej 18–25 lat zanotowano największy odsetek zażywających narkotyki: 76,1% osadzonych spośród tej grupy miało kontakt z narkotykami, natomiast 43,6% zażywało narkotyki regularnie. Z badań tych wynikało również, że osoby młodociane są niezwykle nieufne wobec pracowników służby więziennej i nie chcą rozmawiać o swych uzależnieniach,

⁴⁴ E. Łuczak, *Przemiany w rozwoju zjawiska narkomanii*, Pułtusk 2004, s. 45; M. Jędrzejko, R. Biskupski, *Narkomania — charakter i skala problemu*, [w:] *Patologie społeczne*, red. M. Jędrzejko, Pułtusk 2006, s. 145–146.



Wykres 4. Kontakt więźniów z narkotykami przed umieszczeniem w jednostce penitencjarnej [w %]

Źródło: D. Sarzała, *Narkomania jako zjawisko patologii społecznej i problem penitencjarny*, „Przeгляд Więziennictwa Polskiego” nr 56–57, Warszawa 2007, s. 99–104.

Tabela 6. Najczęstsze powody zażywania narkotyków przed pozbawieniem wolności

Powód	Odpowiedzi [w %]
Ciekawość	35,1
Wpływ grupy i środowiska grupy znajomych	17,2
Problemy rodzinne	8,2
Dodawanie sobie odwagi w trudnej sytuacji	6,7
Polepszenie nastroju, cele towarzyskie i dobra zabawa	4,5
Problemy w szkole	3,5
Problemy z nawiązywaniem kontaktów	2,3
Problemy finansowe	2,3
Problemy w pracy	1,9

Źródło: D. Sarzała, *op. cit.*

dlatego bardzo ważne jest wnikliwe monitorowanie nowo przybyłych do jednostek penitencjarnych pod kątem ich ewentualnych uzależnień⁴⁵.

Najczęściej wymienianymi powodami zażywania narkotyków, które były podawane przez respondentów, są: ciekawość — 35,1% oraz wpływ środowiska osób znajomych — 17,2%. Wśród wskazanych przez osadzonych powodów znalazły się również problemy rodzinne — 8,2%, cele towarzyskie i dobra zabawa — 4,5%, problemy w szkole — 3,5%.

W latach 2001–2007 odnotowywano wzrost populacji ogółu skazanych, natomiast w okresie 2008–2010 r. nastąpił nieznaczny spadek całej populacji skazanych. Wśród ogólnej populacji młodocianych obserwujemy spadek po 2002 r. Był to oczywiście efekt obniżenia w 2003 r. wieku osoby kwalifikowanej jako młodociany z 24 do 21 lat. Od 2004 r. systematycznie maleje liczba skazanych młodocianych odbywających karę pozbawienia wolności. W 2004 r. stanowili oni 5,28% ogółu skazanych przebywających w zakładach karnych, w 2010 r. zaś 3,29%.

Tabela 7. Skazani młodociani na tle ogólnej populacji skazanych

Lata	Skazani ogółem	Skazani młodociani	
	liczba	liczba młodocianych ogółem	udział w populacji skazanych [%]
2001	56 893	13491	23,7
2002	59 566	13810	23,1
2003	61 039	3618	5,9
2004	65 312	3452	5,3
2005	69 538	3287	4,7
2006	74 231	3182	4,3
2007	76 334	3057	4,0
2008	74 226	2726	3,7
2009	74 543	2584	3,5
2010	72 339	2313	3,2

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych z: Ministerstwo Sprawiedliwości, Centralny Zarząd Służby Więziennej, *Informacja o wykonywaniu kary pozbawienia wolności i tymczasowego aresztowania*, <http://sw.gov.pl>. (data dostępu: 2011 rok).

⁴⁵ M. Jędrzejko, R. Biskupski, *op. cit.*, s. 101–103.

Tabela 8. Skazani młodociani w systemie terapeutycznym na tle ogólnej liczby skazanych w tym systemie

Lata	Skazani w systemie terapeutycznym ogółem	Skazani młodociani w systemie terapeutycznym	
	liczba	liczba	udział w populacji skazanych [%]
2001	5034	1228	24,4
2002	2734	664	24,3
2003	3108	196	6,3
2004	3414	216	6,3
2005	3636	185	5,1
2006	3826	170	4,4
2007	4055	153	3,8
2008	4134	165	4,0
2009	4210	143	3,4
2010	4155	130	3,1

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych z: Ministerstwo Sprawiedliwości, *op. cit.*

Z przedstawionych danych wynika, że liczba skazanych młodocianych odbywających karę w systemie terapeutycznym w latach 2007–2010 była stała — oscylowała w granicach 150–130 osadzonych młodocianych w tym systemie (dane statystyczne CZSW z 2010 r.: 31 marca — 139, 30 czerwca — 157, 30 września — 141, 31 grudnia — 130).

Porównując dane zawarte w prezentowanych wyżej tabelach, można dojść do wniosku, iż pomimo spadku w ogólnej populacji liczby młodocianych skazanych, wskaźniki nie pokazują podobnego spadku w wypadku młodocianych odbywających karę w systemie terapeutycznym. Liczba młodocianych odbywających karę w tym systemie jest stała i w czasie ostatnich czterech lat praktycznie się nie zmienia.

Do tych samych wniosków można dojść, analizując dane dotyczące skazanych zakwalifikowanych do oddziału terapeutycznego w AŚ w Kielcach.

Tabela 9. Liczby skazanych uzależnionych od narkotyków zakwalifikowanych do systemu terapeutycznego w latach 2000–2011 w Areszcie Śledczym w Kielcach

Lp	Rok	Skazani zakwalifikowani do oddziału terapeutycznego			
		AŚ Kielce (N)			
		ogółem	M	P	R
1	2000	132	75	55	2
2	2001	139	68	71	–
3	2002	127	83	44	–
4	2003	119	58	59	2
5	2004	151	28	123	–
6	2005	149	14	135	–
7	2006	151	7	144	–
8	2007	147	13	134	–
9	2008	147	14	133	–
10	2009	152	13	139	–
11	2010	148	12	136	–
12	2011	107	12	95	–
Razem		1669	397	1268	4

M — młodociani

P — odbywający karę po raz pierwszy

R — recydywiści penitencjarni

N — oddział dla uzależnionych od narkotyków

Źródło: MS ZK-3 kwartalne sprawozdanie o tymczasowo aresztowanych, skazanych i ukaranych poddanych terapii w związku z uzależnieniami, poddanych badaniom psychiatrycznym i psychologicznym według przyczyn samoagresji, wnioski o warunkowe zwolnienie.

Z przedstawionych danych wynika, że liczba młodocianych objętych terapią, zakwalifikowanych do systemu terapeutycznego w oddziale terapeutycznym w latach 2000–2002, stale wzrastała. W wyniku zmian, wprowadzonych przez ustawę z 2003 r.⁴⁶, która obniżyła wiek młodocianego z 24 do 21 lat, zmniejszyła się liczba populacji osób młodocianych

⁴⁶ Por. S. Lelental, *op. cit.*, s. 375. W dniu 31 sierpnia 2003 r., tj. w ostatnim dniu poprzedzającym wejście w życie ustawy z dnia 24 lipca 2003 r. o zmianie ustawy — Kodeks karny wykonawczy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 142, poz. 1380), ich liczba wynosiła 19 901 (w tym 438 kobiet), a 31 grudnia 2003 r. — 7125 (w tym 157 kobiet), a więc zmalała o 12 776.

odbywających karę w jednostkach penitencjarnych. Tym samym już od 2003 r. odnotowano spadek młodocianych odbywających karę w oddziale terapeutycznym.

Zakończenie

Z przedstawionych badań i danych statystycznych wynika, że problem narkomanii wśród młodocianych jest kwestią o dużym znaczeniu społecznym. Można przyjąć realną prognozę, że zjawisko narkomanii wśród młodocianych może w krótkim czasie ponownie ulec wzrostowi. Niepokój wzbudzają niebezpieczne tendencje w rozwoju narkomanii wśród osób młodych, a zwłaszcza:

— szybki wzrost liczby popełnianych przestępstw, stypizowanych w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii⁴⁷;

— obniżenie się wieku inicjacji narkotykowej, który obecnie określa się na 12–13 lat;

— zwiększenie się liczby dealerów narkotykowych wśród nastolatków, co sprawia, że narkotyki stają się łatwiej dostępne;

— pojawienie się w Internecie stron propagujących narkotyki i eksperymentowanie z nimi oraz sklepów oferujących sprzedaż pochodnych narkotyków;

— szybki wzrost liczby osób małoletnich zażywających dopalacze — może spowodować to, że ta grupa młodych ludzi w krótkim czasie uzależni się od tych środków.

Analizując problem narkomanii wśród osób młodocianych, można dojść do konkluzji, że programy oddziałów terapeutycznych powinny ewoluować i wręcz nie można ich realizować w kształcie, który pozostaje niezmienny przez lata. Skazani młodociani wymagają innych metod oddziaływania i tym samym dopasowania programów do ich możliwości intelektualnych. Impulsywni młodzi ludzie reagują najlepiej na metody aktywne, konkretne, o urozmaiconym sposobie prowadzenia zajęć w grupie terapeutycznej.

⁴⁷ Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r. (Dz.U. Nr 179, poz. 1485 z późn. zm.).

Podstawową barierą w oddziaływaniach na uzależnionych młodocianych jest nieukończenie terapii, spowodowane przerwaniem jej na skutek sądowego nakazu przetransportowania skazanego do innej jednostki w związku z toczącym się postępowaniem w innej sprawie czy też otrzymanie warunkowego przedterminowego zwolnienia lub przerwy w odbywaniu kary. Oddziaływania na skazanych wymagają wyższych niż przeciętne nakładów etatowych, finansowych i szkoleniowych, jak również jednoczesnego zaangażowania dyrektorów okręgowych.

Kształtowanie motywacji do zmiany postawy skazanego w izolacji więziennej odbywa się w wyjątkowo trudnych warunkach, do których zaliczyć można takie czynniki, jak: przeludnienie, podkulturę więzienną, różnorodne problemy psychiczne i emocjonalne, będące skutkiem izolacji oraz cały proces „prizonizacji”, czyli niszczącego dla osobowości człowieka przystosowania się do życia w odosobnieniu⁴⁸. Sytuacja ta powoduje, że wszelkie oddziaływania terapeutyczne napotykają opór skazanych pacjentów. W wypadku skazanych młodocianych ten opór jest znacznie silniejszy i potęgowany nie tylko ich cechami osobowościowymi, stopniem zaburzeń czy też mechanizmami uzależnienia, ale w znacznym stopniu wynika właśnie ze specyfiki miejsca, w jakim skazani przebywają oraz wiąże się z roszczeniowym sposobem myślenia tej grupy skazanych, którzy z niechęcią poddają się oddziaływaniom narzuconym odgórnie przez personel więzienny. Biorąc pod uwagę, że młodocianych obligatoryjnie kieruje się do systemu programowanego oddziaływania, polegającego na stosowaniu wobec nich przymusowego obowiązku poddania się działaniom resocjalizacyjnym, a tych, którzy trafią do systemu terapeutycznego, również poddaje się przymusowej terapii, można wnioskować, że wobec tej grupy skazanych nie ma mowy o dobrowolnym, akceptowanym przez skazanych odbywaniu kary pozbawienia wolności. Terapeuci mają więc utrudnione zadanie przy stosowaniu terapii: muszą dążyć do zaakceptowania programu terapeutycznego przez skazanych, co wymaga nasilenia oddziaływań wychowawczych w dłuższym czasie oraz większego zaangażowania wychowawców, którzy muszą podejmować starania, aby przekonać podopiecznych do aktywnej realizacji programu.

⁴⁸ H. Machel, *Więzienie jako instytucja karna i resocjalizacyjna*, Gdańsk 2003, s. 55–59.

Juveniles addicted to narcotic or psychotropic substances in the therapeutic system during imprisonment

Summary

The authors examine the issue of penal procedure concerning juveniles addicted to narcotics and psychotropic substances. A significant part of the article is dedicated to an introduction to the issue of drug addiction and its link to crime, also in the context of barriers in the process of social re-adaptation of convicts. The article also contains an analysis of the legal basis for imprisonment in the therapeutic process, including compulsory rehabilitation, and a review of study results concerning addicted convicts.

Keywords: juvenile, convict, therapeutic system, addiction, narcotic and psychotropic substances, prison sentence.